



Bakalářská práce

Téma: Psychopatologie v kontextu rodiny
The psychopathology in the context of the family

UNIVERZITA KARLOVA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE
2010

Zpracovala: Kristýna Rubešová
Vedoucí práce: PhDr. Jana Procházková

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, pouze s využitím literatury, kterou cituji a uvádím v seznamu.

V Praze dne

Kristýna Rubešová

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Janě Procházkové za cenné rady a připomínky, bez kterých by tato práce nemohla být realizována.

Abstrakt

Tato bakalářská práce „Psychopatologie v kontextu rodiny“ zkoumá vliv psychopatologie na rodinný kontext. Zvláštní pozornost je věnována schizofrenii, závažné psychopatologii, která má v současné společnosti stále stigmatizující charakter. Práce vymezuje všechny determinační faktory, které mohou ovlivnit etiopatogenezi nemoci. Hlavní část se soustředí na rodinné vztahy zasažené psychickou nemocí a jejich terapii. Prezentuje faktory, které jsou v rodině uvědomované; vymezuje, jakými stádii vyrovnání se s nemocí jednotliví členové procházejí. Cílem práce je poukázat, jak nemoc psychického rázu ovlivňuje systém rodiny. Je zásahem, který vážně naruší její chod a funkcionalitu. Hlavním předmětem zájmu je rodinné prostředí v kontextu nemoci, způsoby podpory v rámci rodiny i mimo ni. Praktická část zahrnuje kvalitativní výzkum v podobě případové studie rodiny, která narativní metodou sleduje, jak se paranoidní schizofrenie promítla do mezilidských vztahů - matky a dcery především.

Každá rodina je individuálním a specifickým systémem, který reaguje odlišně – vždy záleží na dalších aspektech, které ovlivňují okolnosti léčby. Těmito aspekty mohou být například role, které pacient před svým onemocněním zastával. Vysoká míra odpovědnosti determinuje větší následky nemoci nejen pro nemocného, ale také pro jeho bližní. Rodinná psychoterapie by měla v dnešní době představovat běžnou podpůrnou metodu při léčbě.

Abstract

The bachelor thesis “The psychopathology in the context of the family” is focused to examine a scale of psychopathological influence on a family. There is a particular interest given to the topic of schizophrenia, the serious psychopathology, which has had continually stigmatizing factor in current society. All factors determining etiopathogenesis of disease are presented within the study. Relationships of family members who are affected by the mental illness and their therapy are examined in the main part where several factors consciously adapted within the family are identified. The main part contains also an explanation of coping strategies the individuals go through when facing out the illness. The objective of the study is to point out how the

psychical illness is likely to influence the family system. The illness represents a serious intervention into operability and functionality of the family. A main point of interest is given to family environment in the context of the illness and to different methods of support within the family and outside of the family. A qualitative research in form of a case study on a family has been conducted at a practical part of the thesis. The case study reveals, by using a narrative method, how the interpersonal relationships of mother and daughter in particular, are affected by intervention of the paranoid schizophrenia.

Every family is an individual and specific system that has different reactions – there is always lot of aspects that influences the circumstances under which the therapy is carried out. A role that the patient represented before the illness affected his/her life is one of such aspects provided. The higher degree of responsibility the individual held the worse the consequences of the illness is not only for the patient but also for his/her relatives.

It is argued by the author of the thesis that the family psychotherapy should represent a common supportive method in coping with the illness.

[END]

Obsah

Úvod.....	8
Teoretická část	9
1. Vymezení pojmů	9
2. Determinační faktory	10
3. Biologické faktory.....	10
4. Rodina, rodinné prostředí.....	12
4.1. Komunikace v rodině se závažnou psychopatologií	13
4.2. Psychoanalytické teorie rodinných vztahů a vzniku psychopatologie	15
5. Kulturní, environmentální prostředí.....	17
6. Bio-psycho-sociální faktory	18
7. Psychoterapie	20
7.1. Úvod do rodinné a systematické orientace.....	22
7.1.1. Přístup rodinných systémů	24
7.1.2. Psychoedukace jako podpůrná cesta/metoda při psychoterapii	25
8. Rodina jako vztahový systém.....	27
8.1. Rodina a schizofrenie	29
8.2. Fáze vyrovnání se s diagnózou	30
Praktická část	33
1. Metodologie	34
2. Výzkumný soubor	36
3. Výzkumné otázky	37
4. Analýza dat	37
5. Diskuze.....	54
Závěr	57
Použitá bibliografie	59
Přílohy	62

Úvod

Téma práce jsem zvolila z oblasti klinická psychologie a psychiatrie. Rozhodla jsem se ubírat tímto směrem, neboť mne tyto obory od začátku studií odborně zajímaly. Závažná psychická porucha představuje obrovskou zátěž nejenom pro jednotlivce, ale také celou jeho rodinu. Je něčím, s čímž je velmi těžké se vyrovnat, ochromuje dotyčného i jeho blízké.

Významnou psychopatologií, které se má práce věnuje nejvíce, je onemocnění schizofrenie. Mnohokrát jsem se setkala s tím, že lidé mají diametrálně odlišné představy o schizofrenii, často ji zaměňují s mnohočetnou poruchou osobnosti. Onemocnění tohoto okruhu bývají zahalena rouškou tajemství, člověk má strach z toho, čemu nerozumí, co nechápe... Po dobu psaní své práce jsem postřehla, že výraz schizofrenie se v médiích používá poměrně často, málokdo by však uměl vysvětlit jeho přesný význam. Schizofrenie je vážnou psychickou poruchou. Mění člověka, který ztrácí pevnou půdu pod nohama, hledá smysl toho nejzákladnějšího. Odcizuje se společnosti, svým bližním,... Není jednotlivcem, který by byl zodpovědný jen sám za sebe, žije v širším společenském kruhu, rodině. Rodina je systémem, kde má každý svou specifickou a nezanedbatelnou úlohu. Pokud dojde k okolnostem, které člověka „vyřadí z provozu“, ovlivní to všechny členy. Tak jako člověk psychiatricky nemocný potřebuje pomoc odborníka, i jeho nejbližší okolí vyžaduje specifickou podporu.

Schizofrenie je v moderní společnosti stále stigmatizujícím onemocněním, které vyvolává stereotypní představy. Rodina se s ním v mnohých případech velmi těžko vypořádává, zasahuje do všech oblastí rodinného i sociálního života. Ve své práci bych ráda poukázala na to, že pouze biologický-lékařský přístup nestačí. Psychologie, potažmo psychoterapie, má při léčbě psychóz své nezastupitelné místo – nejen pro pacienta, ale i celou jeho rodinu a blízké. Péče, která byla dříve nadstandardní, je snad v současné době automatickou a doplňující léčebnou procedurou. Ve společnosti, která je zaměřena na úspěch a výkon jednotlivce, má své nezanedbatelné postavení.

Práce v teoretické části sleduje zvolené téma vlivů výskytu psychopatologie na rodinný kontext, věnuje se terapeutickým možnostem závažných psychopatologií se

zaměřením na schizofrenii. Shrnuje obecné poznatky vzniku psychopatologie včetně psychoanalytických teorií. Poznatky z teoretické části využiji ke „konfrontaci“ s částí praktickou.

Narativní metodou v této části popíši mechanismy, které jsou v rodině díky působení výskytu závažné psychopatologie uvědomované. Řada faktorů platí pro těžkou psychopatologii, z této široké plejády se v práci zaměřím pouze na schizofrenii.

Jak je takový člověk přijímán ostatními členy rodiny a společností? Jak se tato nemoc odráží v rodinných vztazích? Jak se promítá v základním vztahu matka – dcera? Tyto a podobné otázky byly předmětem mého zájmu...

Teoretická část

1. Vymezení pojmů

Závažnou psychopatií, kterou v následujících odstavcích vymezím, je schizofrenie. Schizofrenie je podle mezinárodní klasifikace (MKN) nemocí duševní. Řadí se do oddílu: SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPÁLNÍ A PORUCHY S BLUDY (F20–F29).

Schizofrenie (F20) je charakteristická deformací vnímání a myšlení. Jsou přítomny bludy a halucinace jakožto součást pozitivních příznaků, za negativní považujeme emoční plochost, slabost vůle, neschopnost mít radost,... „Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí. Diagnóza schizofrenie by neměla být stanovena za přítomnosti rozsáhlých nebo manických symptomů, pokud není jasné, že schizofrenní příznaky předcházely afektivní poruchou.“ (MKN, 2008, s. 197).

Pod schizofrenií (F20) spadá:

- Paranoidní schizofrenie
- Hebefrenní schizofrenie
- Katatonní schizofrenie
- Nediferencovaná schizofrenie
- Postschizofrenní deprese

Dalšími poruchami schizofrenního okruhu onemocnění jsou: Schizotypální porucha (F21), Poruchy s trvalými bludy (F22), Akutní a přechodné psychotické poruchy (F23), Indukovaná porucha s bludy (F24), Schizoafektivní poruchy (F25), Jiné neorganické psychotické poruchy (F28) a Neurčené neorganické psychózy (F29). Účelům této práce plně postačuje toto členění, neboť se budu nejčastěji zmiňovat o psychózách a paranoidní schizofrenii.

2. Determinační faktory

Determinační faktory jsou faktory, které se za určitých okolností a určitým způsobem spolupodílejí na psychickém vývoji jedince. V současné době je interakcionistický přístup vhodným kompromisem mezi nativistickými a environmentalistickými teoriemi (Langmeier, Krejčířová, 2006).

3. Biologické faktory

Jak uvádí Wachtel, již v době antiky bylo dokázané, že chování souvisí s biologickými dispozicemi – alespoň co se teoretické stránky týká. Složitější bylo tuto znalost integrovat po stránce praktické. „Genetická a biologická vulnerabilita a predispozice samozřejmě nutně nezpůsobují určitou nemoc nebo rys.“ (Wachtel in Plante, 2001, s. 99). Působí spíše jako určité předpoklady, které se za daných okolností mohou a nemusí projevit (Wachtel in Plante, 2001).

Jedním z odvětví, které se zabývalo vznikem psychopatologie, byly technické vymoženosti. Využíváme zobrazovací techniky, jako jsou MRI, PET (magnetická rezonance, pozitronová emisní tomografie) a CAT (počítačová axiální tomografie). Tato metoda byla vynalezena počátkem 70. let minulého století, jejími přednostmi jsou mnohonásobné počítačové obrazy nabízející pohled z více úhlů. U schizofrenie se například ukázalo, že lidé s tímto onemocněním mají zvětšené mozkové komory, kortikální atrofii a poškozen finální lalok. Významný vliv na psychiku mají procesy probíhající v mozku, bylo prokázáno, že hladina serotoninu a dopaminu mají svou nezanedbatelnou funkci. Konkrétně neurotransmitter dopamin je jedním z činitelů ovlivňujících etiopatogenezi schizofrenie (Wachtel, in Plante, 2001).

Hereditární podmíněnost zkoumají studie dvojčat a adoptivních jedinců, které naznačují, že genetické faktory mají svůj nezanedbatelný podíl vlivu. „Dědičnost nesleduje mendelovský přenos dědičnosti, dnes je spíše akceptovatelný polygenetický multifaktoriální model.“ (Češková in Smolík et al., 2006, s. 183). Podle Smolíka je riziko onemocnění u příbuzného „prvého stupně“ 10-12%, v příbuzenském vztahu „druhého stupně“ tomu je 5-6% (Smolík, 1996).

„Výskyt schizofrenie se hromadí v rodinách, většina případů je však sporadických. Blízcí příbuzní schizofreniků mají vyšší celoživotní riziko onemocnění než běžná populace: děti pacienta asi 13%, sourozenci asi 10% a rodiče kolem 6%. Mírně zvýšené riziko mají i vzdálenější příbuzní.“ (Raboch, Zvolský et al., 2001, s. 243). Důležitou zmínkou je, že v rodinách, kde se vyskytuje schizofrenní onemocnění, panuje vyšší riziko získání jiné psychiatrické poruchy – tzn., že příbuzní mají vyšší dispozice k psychopatologiím (Raboch, Zvolský et al., 2001).

„Nové objevy v genetice, například genetické znaky pro depresi, paniku, úzkost, obezitu a schizofrenii a nové objevy mozkové struktury a funkce spojené se schizofrenií, homosexualitou a násilím, přispěly k nástupu biologického hlediska. A konečně, důraz psychiatrie na biologické teorie duševní nemoci a léčení medikamenty podporují rovněž současné zaměření na biologické faktory v chápání, diagnostice a léčení duševních nemocí.“ (Fleck in Plante, 2001, s. 101).

Jedním z cílů, a hlavní náplní předešlých biologických bádání, je pochopit jevy odehrávající se v lidském těle a mozku a pomocí léků je vhodným způsobem léčit. Díky tomuto trendu zažívá farmakoterapie v posledních desetiletích boom. Mělo by být jasné, že žádný lék není všelékem. Farmakoterapie může přinášet řadu nežádoucích účinků, ale neřeší celý problém komplexně – například antipsychotika člověka zbaví pozitivních symptomů, ale v sociálním jednání ho nenaučí komunikovat beze strachu (Wachtel in Plante, 2001).

Podle Mentzose zastává silné místo u léčby schizofrenních pacientů stejně tak psychoterapie jako farmakoterapie. Psychogenetická a psychodynamická fakta by měla být integrována. „Výsledky výzkumu dvojčat a adoptivních dětí, poznatky o neurotransmiterech a jejich významu pro mozkové funkce (v souvislosti s tím také výsledky psychofarmakologického výzkumu) a konečně v posledních letech vršící se neuropatologické nálezy u schizofrenních pacientů (frontální atrofie, nálezy

v hippokampu, rozšíření komor atd.) nejsou neslučitelné s našimi pozorováními během delší analyticky orientované psychoterapie. Tato pozorování umožňují studium mikro-psychodynamiky psychotických procesů, stejně jako psychosociálních a psychogenetických aspektů v systému rodiny a u jednotlivé osobnosti z jiného hlediska.“ (Mentzos, 2005, s. 13).

4. Rodina, rodinné prostředí

„Rodiny schizofreniků někdy bývají sociálně nápadné, i když v současné době jsou tyto odchylky hodnoceny spíše jako důsledek onemocnění jednoho člena rodiny než jeho příčina.“ (Vágnerová, 2004, s. 359).

V klinické psychologii je ústřední jednotkou rodina. Psychodynamický přístup, kde jedním ze základních kamenů, je vztah mezi matkou a dítětem (dětmi a jejich rodiči), ovlivňuje psychický vývoj a chování v dospělosti (Plante, 2001).

Děti, které neměly možnost vytvořit si pevný attachment, vykazují v dospělosti vyšší hladinu stresových hormonů a zároveň jejich pomalejší kolísání po stresovém zážitku. Tito lidé častěji zažívají stres a hůře ho odbourávají. Teorie interpersonálních vztahů (interpersonální vztahy jsou jednou z oblastí, která je okruhem schizofrenního onemocnění signifikantně narušena) vytvářených v prvním roce života implicitní pamětí, působí na pracovní modely vztahů. „Tyto pracovní modely vztahů ovlivňují podobu našich vztahů v budoucnosti, aniž bychom si byli příliš schopni tento vliv na vědomé úrovni korigovat.“ (Vavrda, 2005, s. 27). Podle Vavrdu může implicitní paměť obsahovat příjemné zážitky pocitu bezpečí a jistoty vnímané k rodiči, tak úzkost a strach, jež se mohou později negativně manifestovat (Vavrda, 2005).

Vztah s primárním pečujícím objektem je podstatou attachmentu, který představuje vztahové médium, v němž se rozvíjí psychika a mozek jedince. Attachment je utvářen na základě interakčních vztahů s těmi nejbližšími. Základní funkci má pečující osoba – na ní je, aby uspokojila potřeby a tužby dítěte. Efekt druhé generace nastává podle Vavrdu tehdy, když pečující osoba, která v dětství sama prožila trauma, přenáší své úzkosti a strach na dítě. „Protože nevypočitatelnost chování

rodiče představuje hrozbu, snaží se ji dítě odstranit kontrolou projevu rodiče, ale i jiných lidí.“ (Vavrda, 2005, s. 59). Takto vzniká uzavřený kruh, který je dobrým podhoubím pro přenos negativních vzorců výchovy a případný vznik psychopatologií. Největší souvislost s ní má dezorganizovaná forma attachmentu. „Byla objevena spojitost mezi špatným zacházením v dětství a určitými poruchami osobnosti. Když byli lidé s těmito poruchami osobnosti dětmi, pečovali o ně lidé se závažnou psychopatologií.“ (Vavrda, 2005, s. 106).

Sobotková uvádí, že člověk opakuje v manželství a rodičovství vzorce chování, které získal ve své původní rodině. Je však potřeba brát v potaz všechny faktory a přijímat podobné úvahy se zvýšenou opatrností (Sobotková, 2001).

Dle Lidze, který zkoumal rodiny schizofreniků, mají rodiče pacientů pokřivený partnerský vztah charakteristický snahou získat dítě na svou stranu. Dítě cítí nejistotu, což znesnadňuje pozdější diferenciaci (Lidz in Kratchvíl, 2006).

Podle Bowena byly tyto rodiny emočně chladné, s problematickými vztahy vůči rodičům – přenášené generacemi. „Společným jmenovatelem výsledků výzkumů je zjišťování přílišné závislosti u osoby se schizofrenním vývojem na rodině s konfliktovými vztahy a nedostatečná diferenciaci jeho vlastního já.“ (Bowen in Kratochvíl, 2006, s. 255).

4.1. Komunikace v rodině se závažnou psychopatologií

Komunikace matky a dítěte je dalším specifickým fenoménem, tzv. paradoxní komunikace a dvojná vazba byla dříve spojovaná s rodinným prostředím, kde byla matka považována za schizofrenogenní. Dvojná vazba je komunikační situace, kde dochází k nejednoznačnosti. V komunikaci jsou souběžně vysílány zprávy ve dvou rovinách: verbální a neverbální. Nejednoznačnost spočívá v obsahu a neverbálním projevu komunikátorova sdělení, kde jedno popírá druhé. Adresát sdělení, v našem případě dítě, se dostává do paradoxní situace, ve které se nedokáže zorientovat. Zajímavé je, že tento termín byl prvně veřejně použit v referátu „Toward a Theory of Schizophrenia“, Gregory Batesonem. „Bateson, pátrající po příčinách schizofrenního onemocnění, shrnul, že je-li člen rodiny vystavován bezvýhodným dvojným vazbám každodenně, je-li ustavičně v situaci, v níž si nelze vybrat nebo ve které je za výběr jednoho obsahu sdělení trestán, může se adaptovat na tyto abnormální podmínky

„rozdvojením“ nebo takzvaným „odštěpením“ části své osobnosti – únikem do imaginárního světa, ke zmatečné komunikaci a k nelogickým myšlenkovým konstrukcím.“ (Vybíral, 2000, s. 60).

Blakar považuje tento styl problémovým, neboť dítěti nedovoluje učit se racionálním způsobem uvažovat a řešit problémy. Dítě přestává věřit nejenom svým rodičům, ale i sobě samotnému. Samozřejmě je potřeba zdůraznit, že dítě nemusí být „obětí“ patologické komunikace, ale může být i jejím iniciátorem (Blakar in Langmeier, Krejčířová, 2006).

Dle Vybírala mají největší potíže s komunikací lidé, kteří mají psychotická onemocnění. Náročná komunikace probíhá s těmi, kdo si myslí, že jsou někým jiným, mají perzekuční bludy, trpí halucinacemi, popřípadě jsou přesvědčeni, že jim chce někdo ublížit či jim kdosi podsouvá myšlenky,... Okolí je často nechápe, jsou vystaveni výsměchu a v mnoha případech zůstávají osamoceni (Vybíral, 2000).

Jak uvádí Watzlawick, z řady klinických vyšetření (při zkoumání rodiny se schizofrenním členem) vyplývá, že jedinou užívanou a zároveň možnou komunikační strategií, je komunikace – respektive reakce, narušená. Komunikace psychotika má své (ač se to tak nemusí zdát) důvody. Je obrannou, v daném kontextu pro dotyčného nejlepším řešením (Watzlawick, a kol. 1999).

„Autoři doporučují chovat se k člověku se schizofrenií „tak normálně, jak je to jen možné“ a jako první zásadu vytyčují srozumitelnost a jasnost.“ (Vybíral, 2000, s. 248). Odborníci stanovují pro rodinné příslušníky i blízké jednoduché pravidlo: „méně je někdy více“. Lidé s touto formou psychopatologie čelí řadě podnětů, které si nedokážou zpracovat, a proto není vhodné, je v tomto směru ještě více zatěžovat (Vybíral, 2000).

Watzlawick se zabýval dalšími specifickými formami komunikace – pseudohumorem a tzv. slovním salátem. Oba dva zmíněné způsoby vyjadřování slouží podle něj k vyhýbání se, vyklouznutí ze situace a tedy jako snížení odpovědnosti za řečené (Watzlawick, a kol. 1999).

4.2. Psychoanalytické teorie rodinných vztahů a vzniku psychopatologie

Kojenec je biologicky nastaven, řekněme připraven, reagovat na okolí, které na něj působí. Tyto vzájemné interakce představují biologickou cestu k sociálním interakcím, které z kojence utváří duševní entitu (Fonagy, Target, 2005).

Vztah mezi matkou a dítětem se objevuje v teorii objektivních vztahů, která se soustředí na vnitřní svět jedince a jeho vztah k okolí. Podle těchto teorií má na dítě primární vliv matka. Vztah s ní určuje a formuje psychické struktury. Případy s některými pacienty prokázaly, že raná dětská zkušenost, která má neuspokojivý emoční charakter, může ovlivňovat propuknutí nemoci (Plante, 2001).

„Teorie objektivních vztahů předpokládají, že mysl dítěte utváří všechny rané zkušenosti s pečující osobou.“ (Fonagy, Target, 2005, s. 122). Konstrukce mentálních reprezentací, pramenící ze vztahu matka-dítě, se později vyvíjí do mnohočetných interpersonálních vztahů.

Práce psychoanalytických psychologů (Kohuta, Adlera, Bowlbyho, Sterna,...) hledaly příčinu psychopatologií v nedostatečné péči matek a strohém rodičovském prostředí. Žádné z nich ale nezapadaly do modelů vzniku schizofrenního okruhu onemocnění. Výsledky spíše naznačují, že se jedná o souhrn několika faktorů. „Jestliže se například povahově obtížné dítě narodí rodičům, kteří k němu v raném věku nejsou ochotni zaujmout reflektivní, přemýšlivý přístup, pak je toto dítě ve velkém ohrožení; žádný z těchto faktorů však sám o sobě nemusí vést k obtížím.“ (Fonagy, Target, 2005, s. 27).

Podle Hartmanna je podkladem pro vznik schizofrenie nezdařený proces neutralizace, který spočívá v kvalitě vztahů dítěte s rodičem. Zároveň však připouštěl, že může vznikat vlivem organického poškození. „Závažná poškození ega musela způsobit nějaká základní chyba při zakládání psychické struktury v nejranějším dětství.“ (Fonagy, Target, 2005, s. 80). Někteří autoři se domnívají, že k tomuto poškození dochází v období 6 měsíců věku dítěte. Tato věková hranice koresponduje s teorií vývoje attachmentu.

Teorie Klein udává rodičům spíše modifikující vliv, který může napravovat nebo zmírňovat konstituční tendence dítěte. Pokud pečující působí narušeně, může u dítěte

zvyšovat úzkost – dítě se pak nedokáže identifikovat s reprezentací. Podle této teorie se dítě nachází ve dvou základních pozicích: paranoidně-schizoidní a depresivní. Pro depresivní pozici je charakteristické (na rozdíl od pozice druhé) vnímat matku jako celý objekt, který odpovídá za dobré a špatné zkušenosti. Klein považuje dosažení této pozice za ústřední proces a úspěch ve vývoji dítěte. To znamená, že kojenec například nepřipisuje veškeré dobro idealizovanému objektu, ale pojímá a vnímá jej v komplexní celistvosti, se schopností ambivalentních pocitů k pečujícímu. Logicky z toho vyplývá, že paranoidně-schizoidní pozice, která už není nejranějším vztahem kojence k vnějšímu světu, bývá podhoubím k psychickým onemocněním (Fonagy, Target, 2005).

Bion uvádí dva faktory, které mohou vést k patologii v paranoidně-schizoidní pozici. Jedním z nich je nedostatečná schopnost „zasnění“¹ u matky, druhým zahlcující závist v kojenci. „Není-li dosažena depresivní pozice, vyvstane úzkost z fragmentace, zničení a perzekuce a jedincův smysl pro realitu bude značně zdeformován projekcemi“. (Fonagy, Target, 2005, s. 138). Kritiky těchto teorií spočívají v příliš raném pojetí patologií a „špatné“ či spíše odlišné terminologii od té současné. Pozitivem je přínos nových myšlenek v oblasti vývojové psychologie.

Britská škola - Winnicott, Fairbairna a další, spojovali schizofrenii s naprostou privací² a nepřítomností kvalitního mateřství. Pro schizofrenii je v tomto případě typické, že jsou matky chladné a uzavřené do sebe. Působí to deprivacně a následně v kojenci vyvolává emoční stažení se do sebe a rezignaci na dění kolem sebe, s pravděpodobně narušenými vzorci vnímání reality v pozdějším věku. Jedinci se uzavírají do sebe, staví před sebe a druhé bariéry, protože se bojí lásku přijímat i dávat. „Tito lidé často propadají požitku z nenávisti a destrukce, protože potěšení z lásky je zakázáno.“ (Fonagy, Target, 2005, s. 157). Tento fakt se v rodině odráží, zasahuje především oblast důvěrných vztahů.

¹ Spočívající v neschopnosti matky reflektovat potřeby jedince.

² Privací rozumíme absenci dobrého mateřství.

Cohn a Tronic označují strukturu mezi matkou a dítětem „afektivním komunikačním systémem“, kde pozitivní naladění matky a sociální zapojení kojence vykazuje vysokou míru kontingence³ (Fonagy, Target, 2005).

Podstatné je, že navzdory Winnicotovým předpokladům, nebyl původ vzniku psychopatologií spočívající ve vztahu mezi matkou a kojencem, nikdy průkazně dokázán. „Většinu pozorovaných spojitostí mezi rodičovstvím a poruchou lze přehodnotit z hlediska obrácené kauzality: porucha dítěte způsobí rodinnou dysfunkci, a nikoli naopak.“ (Fonagy, Target, 2005, s. 166).

Problémem většiny psychoanalytických modelů je, že postrádají komplexnější kulturní kontext, jemuž se věnuje další kapitola práce.

5. Kulturní, environmentální prostředí

„Výsledky výzkumu vztahů mezi rodiči a dětmi v Japonsku a ve Spojených státech amerických svědčí o tom, že prodloužení symbiotické jednoty mezi matkou a kojencem nenarušuje schopnost jedince získat autonomii.“ (Rothbaum et al., 2000 in Fonagy, Target, 2005, s. 28).

Psychoanalytické teorie západní kultury vnímají konflikt mezi matkou a dítětem, mezi vlastním self a druhými, jako nevyhnutelný z hlediska dosažení vlastní autonomie a sebeurčení. Vzhledem k tomu, že japonská kultura je v některých ohledech diametrálně odlišná od kultury západní, uplatňují se v ní i jiné, pro ni specifické – kulturně dané, výchovné prostředky. Lidé v Japonsku (držme se tohoto příkladu), vyrůstající v prostředí asijské výchovy, budou mít jiný vztah k autoritám, bude pro ně typický „menší důraz na nezávislost, jemnější vedení a mnohem větší shovívavost vůči blízkému kontaktu v raném věku dítěte.“ (Rothbaum et al., 2000 in Fonagy, Target, 2005, s. 28).

Zajímavým zjištěním bylo, že městské prostředí přispívá více k psychickým onemocněním, než prostředí venkovské. Vysvětluje se to tím, že lidé ve městech

³ Kontingence: „předpokládaná sdruženost jednotlivých kroků v psychických jevech“ (Hartl, Hartlová, 2004, s. 272).

zažívají větší stres, jenž se může projevovat u jedinců, kteří mají větší riziko onemocnění (Plante, 2001).

Dalším rozdílem (konkrétně u schizofrenního okruhu onemocnění) je výskyt pozitivních symptomů: „Zatímco sluchové halucinace se nejčastěji projevují ve vyspělých zemích, například ve Spojených státech, vizuální halucinace jsou běžné v méně rozvinutých, například v mnoha částech Afriky a střední Ameriky.“ (Ndeti a Singh, 1983 in Plante, 2001, s. 101).

Oproti tomu je výskyt tohoto onemocnění na celém světě stejný, v průběhu času poměrně neměnný, nezávisle na kulturních oblastech a geografických podmínkách (Svoboda, 2006).

Podle Libigera postihuje schizofrenní onemocnění schopnost člověka uplatnit se po stránce sociální a pracovní, nejvýrazněji tam, kde je kladen vysoký důraz na individualitu a osobní zodpovědnost. „Míra bezmoci, neschopnosti a nepohody, kterou nemoc přináší, je různá, ale v rozvinuté společnosti je ochromující.“ (Libiger in Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 342).

Vágnerová jej charakterizuje velkou stigmatizací především ze sociálního hlediska. Tomuto faktu napomáhá i „tajemství“ jeho vzniku a řada předsudků, se kterými se tyto poruchy spojují. Nedostatek informací, řada iracionálních výkladů nemoci a strach, ovlivňují mínění většinové společnosti (Vágnerová, 2004).

6. Bio-psycho-sociální faktory

Tělo a duše existovala jako dělitelná substance lidské existence již v dobách 17. století. Přihlížíme k tomu, že nemoci tělesné či duševní jsou způsobeny fyziologickým (například neurochemické nedostatky) nebo labilním psychickým stavem (například intrapsychické konflikty, konflikty mezilidské...) (Plante, 2001).

Bio-psycho-sociální faktory představují různé dimenze ovlivňující psychopatologii. Jedním z kritérií, které jedince určitým způsobem determinuje, je tzv. diatézové⁴ a stresové hledisko. Pokud je někdo predisponován k získání určité psychické poruchy,

⁴ Diatéza jakožto konstituční předpoklad vzniku choroby (Hart, Hartlová, 2004).

můžou některé stresové situace a stres samotný působit jako podmínka pro její vznik (Wachtel in Plante, 2001).

Do této teorie můžeme zahrnout strategie vyrovnání se se zátěžovými situacemi. Rozlišujeme, zda jsou uvědomované či neuvědomované. Coping představuje vědomou úroveň zvládání zátěže. „Obranné reakce, které nejsou plně uvědomované, mají podobný význam. Jednotlivé obranné reakce se liší mírou skutečnosti a způsobem, jakým člověk s touto informací naloží.“ (Vágnerová, 2004, s. 268).

Podle Mentzose je psychóza reakcí na nesoudržnost a narušení hranice self, na jehož základě fungují kompenzační a obranné mechanismy. Halucinace a bludy by podle těchto teorií představovaly primitivní obranné reakce self (Mentzos, 2004).

Mentzos ve své knize poukazuje, do jaké míry existují vazby mezi somatickými a psychosociálními činiteli. Na jednom pólu je vliv získané vulnerability a endogenní⁵ psychózy jako psychogenního onemocnění, na druhém autor dokládá biologické danosti týkající se změn struktur v mozku. Vliv genetických dispozic dokazují výsledky s adoptivními dětmi. Dostáváme se tedy k pojmu somatopsychická-psychosomatická onemocnění, která ohraničují a integrují model endogenní psychózy. „Předem dané, konstitucionální (pravděpodobně vrozené, resp. dědičné), relativně nepatrné poškození (nebo nepatrný nedostatek či deficit) by za určitých okolností, v určitém prostředí, v určité psychosociální konstelaci a zvláště za podmínek určitým způsobem narušeného vztahu k primární osobě vedlo k vývoji psychické struktury a osobnosti, která s sebou nevyhnutelně nese vznik intrapsychických konfliktů a napětí.“ (Mentzos, 2004, s. 14).

Proměnlivost a ovlivnitelnost výše zmíněných faktorů může nastartovat změny, které mohou nastat na základě velmi dobré (samozřejmě i špatné) psychické kondice: tedy tak, že psychosociální faktory mají předpoklady měnit biologické danosti. Takové vyhlídky (v pozitivním případě) představují klad pro psychoterapeutické přístupy. Dalším, poměrně zajímavým hlediskem, může být názor, že genetické predispozice ovlivňují, do jakých situací se dostáváme - existuje velmi úzký vztah mezi biologickými dispozicemi a environmentálním prostředím (Wachtel in Plante, 2001).

⁵ Vnitřního původu, na základě vrozených dispozic či dějů v těle.

V současné době tvoří tato kombinace faktorů stále uznávanější přístup, jenž dává možnost rozšířit oblast působnosti psychologie. Samozřejmě je potřeba znát, jak tyto faktory koexistují - ne vždy stejným dílem a za všech okolností. Pokaždé však mají svojí nezanedbatelnou úlohu. „Potíže lidí jsou jistě složité a s tím, jak o nich získáváme stále více informací, poznáváme, že jednostranné teorie jsou čím dál tím méně prospěšné. Biopsychosociální přístup slouží jako příklad současné integrované orientace, s cílem zvládnout tuto složitost tím, že k problémům přistupujeme holistickým, systematickým a mnohorozměrným způsobem.“ (Wachtel in Plante, 2001, s. 113).

7. Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda, která by ve světě ztrácela místo, kdyby byl objeven pouze biologický či biochemický původ duševních onemocnění.

Naše medicína zatím není natolik vyspělá, aby dokázala přesně určit, z jakých příčin a podkladů onemocnění vznikají. V mnoha případech jsou nemoci způsobeny špatnými životními návyky, které bez bližšího poznání pacientových životních zkušeností, jeho způsobu života a pacienta samotného, nezjistíme. „Biologické, biochemické a fyzikální léčebné metody mohou v nejlepším případě upravit určité biologické podmínky potřebné k „normálnímu životu“, ale „psychicky zdravě žít“ je třeba se naučit.“ (Růžička, 1996, s. 13).

Psychoterapie je psychologická léčebná disciplína, která pomáhá člověku hledat cestu k sobě samému, vztahu druhým i vnějšímu světu, jež jej obklopuje. Ochraňuje jej proti odcizení světu i svého bytí. Pomáhá člověku, jak žít tady a teď. Není metodou pouze kurativní, ale hledá také odpovědi na nejzákladnější otázky, které si člověk pokládá... (Růžička, 1996).

„Nemoc je v převážné většině akademické medicíny stažena ze všech životních modalit na jedinou, totiž na oblast tělovosti.“ (Růžička, 1996, s. 9). Proto, když se objeví nemoc, díváme se na ni nejdříve z medicínského hlediska – snažíme se ji léčit dostupnými metodami. U psychiatrie je tomu v porovnání s dalšími lékařskými obory poněkud jinak. Pokud bychom do tohoto výčtu nezahrnovali psychosomatická

onemocnění, trpí psychiatricky nemocný pacient odcizením vnějšího i vnitřního světa – ztrácí své životní jistoty. Nemoc ohrožuje jeho duševní celistvost a identitu. Psychiatrie by měla hledat paralely mezi „biologickými charakteristikami nemoci a duševním životem pacienta“ (Růžička, 1996, s. 10). Nikdy by jej však neměla vykládat tak, aby se ztratil duševní celek člověka jako pouhého nositele biochemických procesů.

Co v psychoterapii vidíme jako obecně prospěšné? U všech terapií, nezávisle na tom, o jaké teorie se opírají, se uplatňují specifické charakteristiky, kterým je připisován hlavní léčebný účinek. Nejvíce se pak hodnotí to, že má člověk někoho, kdo ho vyslechne, s kým si může promluvit o svých problémech, odborníka, který mu věnuje pozornost (Sherman in Plante, 2001).

„Murphy, Cramer a Lillie (1984) požádali pacienty, aby popsali, co podle nich představuje nejdůležitější faktory související s pozitivním výsledkem psychoterapie. Většina uvedla, že léčebným faktorem byl fakt, že získali radu a mluvili s někým, kdo chápal jejich problémy a zajímal se o ně, povzbudil je a dal jim naději.“ (Sherman in Plante, 2001, s. 247).

Dále bylo zjištěno, že osobní charakteristiky psychoterapeuta byly brány z hlediska pacientů za signifikantnější a podstatnější, než techniky, které byly užívány... Výše zmíněné ukazuje na to, že nehraje takovou roli odbornost a terapeutická intervence ve smyslu používaných metod, ale to, jak člověku nasloucháme, jak jej vnímáme (Plante, 2001).

Podle Franka, který zkoumal společné rysy různých léčebných metod (také placebo a léčby vírou), je „ve všech obsažena získaná naděje a emoční aktivace pacienta, jež povzbuzují lepší morálku a chápání sebe sama i ostatních, zdůrazňují vliv léčebného prostředí (například pracovny, kde se provádí psychoterapie) a podpurnou změnu vně léčebného prostředí.“ (Crowe in Plante, 2001, s. 63).

Jaký je vlastně smysl psychoterapie? Ráda bych začala slovy Mrkvičky: „Navzdory Macbethovi chce člověk prožít svůj život jako dobrý příběh. Příběh, který má svůj začátek, střed i konec. Příběh, ve kterém vládne vnitřní řád. Smysl.“ (Mrkvička in Růžička et al., 1996, s. 81). Člověk chce být strůjcem svého života, autorem svých příběhů a tím, kdo čte mezi řádky – rozumí existenci i smyslu svého bytí. Člověk

není a neměl by být omezen naturalistickým výkladem svého života. Z pohledu antropologického pokládá otázky, je svým vlastním správcem, svobodným jedincem, který si musí svobodu nejdříve vybudovat (nezávisle na její vnější či vnitřní podobě). Svoboda je však spíše možností než skutečností. Je pobídkou, kterou člověk může uchopit s potřebnou dávkou odvahy. Jedním z úkolů psychoterapie je tedy člověku nabízet možnosti a rozšiřovat prostor jeho svobodného rozhodování. (Mrkvička in Růžička et al., 1996).

Dalším z předpokladů úspěšné terapie je porozumění. Když chceme něčemu porozumět, musíme uchopit celkový problém, podívat se na něj ze všech možných úhlů. Insight, náhlý vhled do situace, umožňuje dále pronikat do jádra věci a pracovat podrobněji s problémem. Můžeme tak postupně odkrývat pravdu pacientova životního příběhu, ale jen za podmínek, když jej pochopíme. Snáze porozumíme celkové situaci v kontextu jeho rodiny. Jednou z primárních funkcí porozumění, často opakovaným a moderním termínem, je empatie - schopnost vcítit se do druhých. „Spočívá existenciálně na faktu lidského spolubydění, sdílení: jsme schopni se identifikovat se životní situací druhého, spatřit ji jakoby jeho očima“ (Mrkvička in Růžička et al., 1996, s. 91).

7.1.Úvod do rodinné a systematické orientace

Podle Špitze byly různé formy poruch (doprovázené symptomatickým chováním) posuzovány z rozdílných hledisek – byla tomu přizpůsobena také forma terapie. Do medicínského modelu, který vycházel z léčby kauzální, bylo potřeba dříve nebo později zakomponovat také historii a životní zkušenosti jedince.

„Paradigmatickou změnou nového poznání neboli nové epistemologie bylo odlišné nazírání na symptomatické chování a na jeho vznik a význam.“ (Špitz in Růžička et al., 1996, s. 143). Od individuálního modelu k modelu interakčnímu – nejdříve ve formě skupinové terapie, k terapii rodinné. Snahou je brát osobu holisticky a celostně – v rámci širších struktur. Vznik tohoto modelu, který vystihuje přídavné jméno vztahový, specifikuje několik aspektů. Jedním z nich je širší okolí jedince - tedy více vztahových systémů, tím nejvýznamnějším je rodina. Nejenom rodina a pacient se

dostává do systémů spleťtých a nahodilých, předem nepředpověditelných interakcí, ale také terapeut se stává jejich aktérem (Špitz in Růžicka et al., 1996).

Jedinec je vždy zasazen do určitého prostředí: „Kontext je rámec, v němž se chování i poselství verbální a nonverbální komunikace stávají smysluplnými.“ (Špitz in Růžicka et al., 1996, s. 146). Lidské jednání probíhá v tomto světě konsenzu tehdy, když je součástí příběhu.

Prvky rodinné psychoterapie čerpají z biologie a takzvaných ekologických systémů, kde žádný organismus nepředstavuje sám o sobě individuální jednotku, ale je soustavou, prvkem dávající smysl v kontextu dalších organismů, které jsou na sebe v různé míře závislé. Tímto způsobem funguje rodina, která je typickým koevolučním ekosystémem (Špitz in Růžicka et al., 1996).

„Ekologie se vztahuje nejen k přirozeným systémům, ale i na systémy umělé, jakým je například terapeutický systém. Každá terapie je určena odpovídajícím kontextem. Rodinná terapie se v tomto smyslu zakládá na rozšíření tradičního terapeutického kontextu.“ (Špitz in Růžicka et al., 1996, s. 147). To znamená, že každý člen rodiny má svůj specifický rámec prožívání, který ovlivňuje jeho vnímání a určuje jeho individuální chápání okolního světa. Jeho pojetí nefunguje samostatně, ale v rámci celé struktury rodiny (Špitz in Růžicka et al., 1996).

Rodinná terapie obnáší řadu specifík. Každá psychoterapie vyžaduje určitá pravidla, která nejsou aplikovatelná pro všechny přístupy. Terapeut využívá jiné role při terapii individuální a terapii manželské,... „Přiléhavě vystihuje roli psychoterapeuta v rodinné terapii Matoušek, když říká (1987): „Základní problém terapeutické práce s rodinou nemá intelektuální povahu. Terapeut, který má potřebu získat vliv⁶ na rodinu, musí rodině imponovat. Jeho pronikání vyžaduje strategii, která bere v úvahu všechny členy rodiny i jejich možnosti. Terapeut by měl být přitažlivý pro pětileté dítě, 17letého adolescenta, ženu v domácnosti i vysokoškolského docenta. Musí uzavřít alespoň náznakem koalici s každým členem rodiny: tak se může stát důležitým jako někdo, kdo je schopen chápat problémy celé rodiny i každého jednotlivce zvlášť.“ (Skála in Bouchal et al., 1997, s. 47).

⁶ Matoušek používá pro práci s klientem zvláštního přirovnání: získat vliv na rodinu. Je opravdu zapotřebí, aby terapeut působil tímto způsobem? Podle Skály nemůže být psychoterapeutem každý, kdo projde výcvikem. Někteří své problémy nezpracovali, nestali se z nich ještě „experti života“. Terapeuti mají být přirozenou autoritou, ne tou, která se klientovi vnucuje (Skála in Hučín, 2001).

Podle Kaliny je rodinná terapie léčením nemoci v rámci rodiny, nikoli léčením „nemocné rodiny“. Každá nemoc mění vztahy v rodině, hlavní pozornost je věnována pacientovi, starosti ostatních jdou stranou. Rodina potřebuje podporu, aby mohla opět zdravě fungovat. „Odborníci pomáhají rodině, aby byla schopná zajistit potřebnou „ochrannou a podnětnou atmosféru“ v době, kdy je pacient mimo léčebné zařízení.“ (Kalina, 2001, s. 94).

Základním prostředek, situací rodinné terapie, je rozhovor terapeuta se členy rodiny – separátně, vzájemně, vždy s ohledem na struktury, kteří jednotliví členové rodiny zastávají. Je důležité, aby rodina nastolila nová pravidla, začala od těch nejpraktičtějších a nejzákladnějších. Pokud se pacient znovu začlení, prospívá to jemu i jeho blízním. Mělo by být jasné, čeho je pacient schopen – když alespoň tušíme, nakolik můžeme dotyčného zaměstnávat, nehrozí, že by na něj byly kladené nároky nadměrné či naopak téměř žádné (Kalina, 2001).

Schizofrenie byla brána jako behaviorální reakce na sociální kontext od chvíle, kdy se na ni začalo pohlížet z interpersonálního hlediska. „Členové rodiny i nemocniční personál byli považováni za podstatnou složku onemocnění. To vedlo k vytváření terapeutického milieu a k rodinné terapii.“ (Haley in Zeig et al., 2005, s. 68).

7.1.1. Přístup rodinných systémů

Tento přístup vznikl z pohnutky pracovat nejenom s postiženým jedincem, ale i celou jeho rodinou. Obzvlášť v případech závažných psychopatologií, jakou schizofrenie bezesporu je, uplatňoval techniky pro zpřístupnění a lepší komunikaci nemocného v sociální oblasti a rodině především. Konkrétně komplikace v efektivní komunikaci představují mnoho problémů. Nevyjasněné střety, konflikty a spory, nevyřčená přání a motivy, to vše může způsobovat problémy ve fungování rodiny.

Tento přístup, na rozdíl od jiných, využívá k terapeutickému procesu celou rodinu. V dřívějších dobách tomu tak nebylo. Předpokládalo se, že jedinec trpící duševní poruchou, je samostatnou jednotkou, na kterou jeho okolí – rodina a bližní, takový vliv nemá. V polovině minulého století řada odborníků potvrdila, že je-li dysfunkční

jedinec, trpí tím celá rodina, celý systém. Ukázalo se to tehdy, když se pacientův stav při komunikaci s rodinnými příslušníky často zhoršoval.

Rodina je vzájemně propojeným systémem, v němž se za určitých okolností „vyplatí“ provádět rodinnou terapii. To znamená, že když některý člen rodiny změní své chování a jednání, bude mít tato změna vliv na další členy systému. Těmto novým okolnostem je potřeba se přizpůsobit a brát na ně ohled, pracovat s nimi a směřovat k tomu, aby se konflikty vyřešily.

Počátky tohoto hnutí spojujeme s Kalifornií a Batesonovou skupinou. U nás se tento „trend“ začal rozvíjet v průběhu 60. a 70. let minulého století se vznikem různých přístupů rodinných terapií zaměřujících se na konkrétní problematiku.

V rodinné terapii se často pracuje s negativními stereotypy – postoji, které je potřeba si uvědomit a začít s nimi pracovat. V některých případech byla v rámci rodinné terapie aplikována psychoanalytická teorie, další modely působily spíše na intuici a pocity, některé byly zaměřeny na strukturovanou rodinnou terapii a hledání hranic.

Existují různá hlediska rodinných přístupů, jedno z nich – komunikační, jsem již uvedla. Rodina vztahů je další možnou metodou. Ze samotného názvu vyplývá, že se jedná o jakousi strukturu v rámci rodiny. Zabývá se tím, jak fungují jednotlivé vztahy mezi příslušníky, sleduje jejich hierarchii, funkčnost a vyváženost. (Crowe in Plante, 2001).

Důležité je uvědomit si, že ve své podstatě nezáleží na tom, jaký směr a zaměření se na poli psychoterapeutických intervencí využívá – to podstatné je, aby byly pacientovi poskytnuty při terapeutickém sezení (i mimo něj) nové zkušenosti (Plante, 2001).

7.1.2. Psychoedukace jako podpůrná cesta/metoda při psychoterapii

Podpora rodiny pacienta je primárně důležitá, neboť je považována za „jednotku péče“. Hlavní bodem této podpory je kvalitní přísun informací a možnost obrátit se k určité instanci, která si dokáže vyhradit čas a pracovat s celou rodinou komplexně (Baštecká et al., 2003).

Názorným příkladem této metody je výzkum 3. lékařské fakulty UK – Psychiatrického centra. Práce se zaměřila na srovnání pacientů, kteří prodělali první ataku schizofrenie s následnou psychoeducací a na ty, kteří se toho nezúčastnili. Jednalo se především o poskytnutí informací nejen pacientovi, ale i jeho rodině, které měly sloužit k celkově lepší komunikaci a spolupráci. „Výsledky některých studií naznačují, že farmakoterapie doplněná rodinnou psychoeducací je účinnější než samotná farmakoterapie. Frekvence relapsů v prvním roce se pohybuje v kontrolních skupinách kolem 49 %, ve druhém roce kolem 72 %, zatímco u absolventů rodinné intervence je to průměrně 13 % v prvním roce a 31 % po dvou letech sledování.“ (Hahlweg in Motlová et al., 2001, s. 38). Taková tvrzení jsou pádným argumentem pro vypracování a zahrnutí těchto metod k léčebným prostředkům.

Pacienti v mnoha případech doplácí na to, že nejsou ochotni v léčbě spolupracovat – je to zaviněno zkreslenými a nedostatečnými informacemi a například i tím, že ve svém okolí nemají nikoho, kdo by je podporoval. Rodina představuje důležité zázemí, které pacientovi dává pocit jistoty a bezpečí. Rodinná psychoedukace ovlivňuje, jakým způsobem rodina s pacientem komunikuje. Zkreslené představy o průběhu léčení a nemoci samotné může mít i nejbližší okolí pacienta.

V předchozích řádkách jsem zmínila příznivý vliv rodinné intervence – existují škály, například Camberwellské rodinné interview (Camberwelle Family Interview, CFI), v němž se hodnotí interakce rodinných příslušníků k pacientovi s posouzením vyjadřovaných emocí. Vřelé, chápající a podporující prostředí je pozitivním faktorem, který snižuje riziko relapsů. Otázka, která se nabízí, je, co tedy takový psychoedukační program může být. Podle Goldsteina takovými programy jsou: individuální rodinná psychoedukace, individuální rodinná psychoedukace doplněná skupinovou psychoeducací pouze pro příbuzné, skupinová rodinná psychoedukace a paralelní skupinová psychoedukace: skupiny pro pacienty a skupiny pro jejich příbuzné. (Goldstein in Motlová et al., 2001) Jejich hlavním cílem je snížit riziko dalších atak a předcházet relapsům⁷. Programy se shodují v některých bodech –

⁷ Rodina může být rizikovým faktorem z hlediska recidivy onemocnění tam, kde se vyskytuje uzavřenější a izolovanější klima, vztahy mezi partnery a členy jsou chladné, jejich pozice nestandardní, emoce nezpracované a komunikace z hlediska struktury i obsahu narušená (Vágnerová, 2004).

všichni pacienti užívají medikaci a jsou informováni o povaze nemoci. Důraz je kladen především na prevenci a včasné poznání příznaků nastupující nemoci. Do terapie vstupuje rodinná atmosféra, se kterou se na základě zjištěných údajů z dotazníku a sezení dále pracuje. Pacienti z rodin, kteří se účastnili skupinového programu s dalšími rodinami, si vedli lépe, než rodiny, které absolvovaly psychoedukaci samostatně.

Pokud se podíváme na výzkum z celkové perspektivy, nevyplynuly žádné signifikantní rozdíly, které by potvrdily výrazný „vliv psychoedukace na frekvenci relapsů a na trvání rehospitalizace.“ (Motlová, 2001, s. 38). Nicméně pozitivní výsledky jsou v souladu s dalšími studiemi podporujícími psychoedukaci v kontextu rodinného prostředí. Hlavní klady spočívají ve finanční nenáročnosti, časové úspornosti a v neposlední řadě jakožto součásti komplexní terapie schizofrenie (Motlová et. al., 2001).

8. Rodina jako vztahový systém

Sobotková ve své knize uvádí systémový přístup pojetí rodiny, jež přirovnává k síti recipročně ovlivňujících se vztahů a funkčních pozic lidí. Toto systémové myšlení se uplatňuje nejenom v rámci rodinného hnutí a na nich závislých systémových pojetích, ale také v klinické praxi. „Místo individuálního (tzv. identifikovaného) pacienta, který je vystaven rozmanitým tlakům rodinného prostředí (nebo místo rodiny, vystavené individuálně podmíněné patologii některého svého člena), se dostala do ohniska zájmu rodina jako celek v celé složitosti jejího fungování.“ (Balcar, Říčan, 1982 in Sobotková 2001, s. 19).

Rodinné systémy se skládají z jednotlivých subsystémů, těmi jsou například: partnerský, rodič-dítě a sourozenecký subsystém. Je potřeba na tyto systémy nazírat tvořivě a pružně, neboť jsou v neustálém pohybu a vývoji. Role, které jsou zastoupeny v jednotlivých systémech, jsou odlišné.

„Subsystém rodič-dítě by měl být natolik flexibilní, aby dokázal zahrnout prarodiče, jsou-li oba rodiče dočasně pryč.“ (Sobotková, 2001, s. 26). Rovněž Kalina se domnívá, že by do výchovy měli být zahrnutí i prarodiče, neměli by do ní příliš

zasahovat, ale „zdravě“ se na ni podílet (Kalina, 2001). Hranice mezi jednotlivými členy by měly být jasně vymezeny – pokud nejsou, zvyšuje se pravděpodobnost rodinné dysfunkce. Podle Minuchina jsou dysfunkční rodiny ve dvou dimenzích: enmeshment⁸ a disengagement⁹. (Minuchin in Sobotková, 2001). V současné době je pod pojmem dysfunkční chápáno maladaptivní chování jednoho či více členů rodiny (Sobotková, 2001).

Různé společnosti mají jiné představy o rolích (rodiče, dítěte, prarodiče, vnuka, partnera,...), které by měli vůči sobě jednotliví členové zastávat. Nicméně v západoevropské kultuře panuje určitá představa, která spočívá na věcech kulturně konstruovaných, biologicky daných a sociálně utvářených. Pod pojmem rodina si většina z nás představí rodinu nukleární: rodiče, dítě/děti. Matka je v našich představách primární pečující osobou, otec pomáhá při výchově a zajišťuje finanční záležitosti rodiny, prarodiče příležitostně pomáhají a plní funkci zkušených rodičů, kteří svým dětem dávají cenné rady, popřípadě je podporují v dalších záležitostech (Langmeier, Krejčířová, 2007).

Velmi důležitá jsou vývojová hlediska a fáze, kterými rodiny procházejí. Fáze životního cyklu rodiny i jejích jednotlivých členů jsou proměnlivé, oscilují podle potřeb jednotlivců i celkového systému.... Důležitými mezníky v životě každého individua jsou změny. Přirozenými změnami jsou: začátek školy, prohlubující studium, partnerské soužití, založení vlastní domácnosti a odchod od své původní rodiny, zaměstnání, narození potomka,... (Kalina, 2001). Během života dochází plynule i neplynule ke ztrátě i získání rolí. Žena ve zralém věku dávno přestala být závislá na své matce, role se obracejí – dítě, o které dříve rodič/e pečoval/i, nyní „přebírá štafetu“ a pomáhá svému stárnoucímu rodiči. Tento model je žádoucím, ale ne vždy reálně uskutečňovaným (Langmeier, Krejčířová, 2007).

Bylo by zbytečné uvádět, kolik událostí se může stát, aby se změnilo „ideální“ rodinné klima. „Pokud tedy nová rodina vzniká jako výsledek životní krize, je prvním úkolem při práci s rodinou pomoci reorganizovat rodinu, najít novou rodinnou identitu a započít proces stabilizace tím, že rodina začne využívat účinné strategie zvládání.“ (Sobotková, 2001, s. 136).

⁸ Rodiny zamotané, propletené, nediferencované.

⁹ Rodiny nekooperující, chladné, odcizené.

8.1. Rodina a schizofrenie

Podle Baštecké jsou vztahy mezi členy rodiny základem, který tvoří součást naší identity. V rodině se odvíjí náš život i prvotní závislost na pečující osobě. Jedním z největších trestů od dávných dob až do současnosti zůstává vyloučení z rodiny (Baštecká, Goldmann, 2001).

Dle Honzáka „je patrné, že oblast rodinného života hraje velmi významnou úlohu v osobnostní stabilitě a že její poruchy a disharmonie jsou vnímány jako silné stresory v míře daleko větší, než si běžně připouštíme.“ (Honzák in Bouchal et al., 1997, s. 94).

Vzhledem k tomu, že je schizofrenie považována za jednu z deseti nejčastějších příčin úplné invalidity (má tedy sklon k chronickému průběhu onemocnění), pro oblast rodinných vztahů představuje obrovskou zátěž (Češková in Svoboda et al., 2006).

Hlavním problémem, který ji specifikuje, je kognitivní dysfunkce, jež má přímou spojitost se sociálními dovednostmi. Nemocní mají problém najít si zaměstnání, osvojit si pracovní dovednosti a odolávat stresu při výkonu dané činnosti (Kučerová in Svoboda et al., 2006). Vyhýbají se různým sociálním situacím kvůli svým bludným představám a nedostatečným sociálním dovednostem (Praško, 2005).

Diagnóza schizofrenie znamená pro rodinu obrovskou zátěž, nejenom postižený, ale i další členové rodiny potřebují psychologickou intervenci (Svoboda et al., 2006). Rodina, která je vystavena takové zátěži, mění dosud fungující pravidla. „Potvrzením diagnózy schizofrenie získá nemocný novou roli a s tím souvisí i nové uspořádání rodinných vztahů, změna chování ostatních členů rodiny.“ (Vágnerová, 2004, s. 358).

„Domov, který by měl být klidným zázemím, tuto funkci ztrácí, protože nemocný schizofrenií zde působí rušivě, v jeho projevech se často objevuje něco, co okolí vnímá jako obtěžující či ohrožující“ (Vágnerová, 2004, s. 358). Nemocný člověk hodnotí běžné situace jiným způsobem, jeho nápady a chování jsou nepředvídatelné a pro okolí nepochopitelné. Tyto důvody mohou vyvolávat strach (o sebe i zdraví pacienta) a je potřeba s nimi pracovat. Je nutné, aby rodina porozuměla

onemocnění¹⁰ a uměla s dotyčným efektivně komunikovat. Mělo by jim být jasné, jak se mají chovat a jaké požadavky na nemocného mohou mít (Vágnerová, 2004).

Když byly dotazovány rodiny schizofrenních nemocných, které důsledky onemocnění svých příbuzných vnímají jako nejvíc zatěžující, více než 85% dotázaných akcentovalo ztrátu přátel, koníčků a nedostatek zájmu o okolí“ (Kučerová in Svoboda et al., 2006, s. 200).

Nastalá situace může vést k rizikovému jednání v rodině. Jedním z nich je izolace a distanc od nemocného, dalším vytvoření hyperprotektivního postoje. Obě zmíněné tendence komplikují efektivní léčbu a zhoršují komunikaci odborníků s rodinou (Vágnerová, 2004).

Rodina může zvyšovat stres svým nevhodným (ustrašeným, neupřímným,...) jednáním. Rodina, která funguje a zajišťuje svůj život se zřetelem na všechny členy, nemá problém s chováním k pacientovi. „Odborníci zjistili, že i v rodinách chladných, věcných, fungujících, které pacienta nevyčlení, nebrání léčeni, ale jinak se jeho nemocí příliš nezabývají, má onemocnění lepší prognózu než v rodinách, které se na pacienta příliš soustřeďují, příliš se jím zabývají a jsou na něm a jeho nemoci příliš emočně angažované.“ (Kalina, 2001, kap. 23). Dále se ukázalo, že partneři zvládají lépe postavení nemocného, neboť nemají problém oprostit se na rozdíl od rodičů role pečujícího (Kalina, 2001).

8.2. Fáze vyrovnání se s diagnózou

„Potvrzení diagnózy schizofrenie působí na rodinu jako zátěž, resp. trauma, s nímž je nutné se vyrovnat“ (Vágnerová, 2004, s. 355).

První fáze: Popření skutečnosti

Projevuje se bagatelizací, popřením nastalé skutečnosti – je reakcí na úzkost a strach. Rodina se uzavře, brání se sociálnímu kontaktu s okolím, stydí se za duševní nemoc člena rodiny. Může přehnaně reagovat na změny chování lidí v jejich okolí.

¹⁰ Spíše ve smyslu pacientovi individuality, pochopit, proč tak jedná. Porozumět příčinám psychózy není pro člena rodiny důležité, není odborníkem, jeho role je diametrálně odlišná (Kalina, 2001).

„Dominuje zde potřeba zakrývat a odmítat skutečnost, která je příliš zatěžující, než aby se s ní mohl člověk tak rychle smířit.“ (Vágnerová, 2004, s. 356).

Druhá fáze: Hledání příčiny, viny, která způsobila onemocnění

Rodina postupně přijímá skutečnost a snaží se jí zpracovat. Hledáním viníka se její členové snaží pochopit duševní onemocnění a zjistit jejího původce. Tato fáze je spojována s hněvem, zlostí a zcela nelogickými a iracionálními vysvětleními toho, z jakých příčin vznikla.

Třetí fáze: Hledání pomoci a léčba

Příbuzní by v této fázi měli přibližně vědět, o jakou nemoc se jedná a jakým způsobem lze pomoci – resp. si myslí, že nějaká pomoc existuje, ale jejich vědomosti mohou být na velmi laické úrovni. Jejich očekávání mohou průběh léčení zkomplikovat, často si neuvědomují, že se bude jednat o „běh na dlouhou trať“. „Z toho vyplývá riziko zvýšené únavy a následné rezignace rodinných příslušníků na spolupráci při léčbě.“ (Vágnerová, 2004, s. 357).

Čtvrtá fáze: Náhled na situaci a její přijetí

Tato fáze je pozitivním předpokladem další spolupráce a podpory duševně nemocného. „Pozitivním vyústěním této fáze je i nové uspořádání vztahů v rodině a nalezení takového způsobu života, jenž by byl pro všechny, i pro duševně nemocného, přijatelný.“ (Vágnerová, 2004, s. 357). Není zapotřebí dodávat, že ne všechny rodiny dosáhnou tohoto řešení...

Důležitým hlediskem je, jakou roli ve své rodině nemocný před propuknutím nemoci zastával. Je zřejmé, že daleko komplikovanější (z hlediska větší odpovědnosti) bude role dospělého člověka, který je partnerem, rodičem, zaměstnancem,... „Větší problém vzniká tehdy, jde-li o rodiče nebo blízkého příbuzného v rodině, kde žijí děti. Ty mohou reagovat velice nepříznivě, protože vzhledem ke své emoční i rozumové nezralosti nemohou zaujmout k projevům nemocného schizofrenií potřebný odstup.“ (Vágnerová, 2004, s. 360). Tento fakt může v dítěti vyvolávat strach a napětí, výrazným způsobem ovlivnit jeho život.

Nemoc je nazírána z různých úhlů pohledu, její hranice – respektive hranice mezi zdravím a nemocí, nejsou pevně stanoveny. Evoluční teorie hodnotí „nemoci“

předávané geneticky jako výhodu, ještě však netušíme, o kterou výhodu by se mohlo jednat... (Nesse, Williams in Baštecká a kol., 2003).

Člověk je nemocen tehdy, když se potřebuje léčit, když vyhledá odbornou pomoc a když hodnotí svůj stav jako nepříjemný. Mnohdy, samozřejmě i v případě schizofrenie, pacient necítí, že by s ním bylo něco v nepořádku – právě okolí a blízcí jsou pacientem hodnoceni jako „nenormální“ (Baštecká a kol., 2003).

Zajímavý pohled na psychická onemocnění nabízí Jung, který se domnívá, že nemoc ve své podstatě nemusí vždy představovat nějaký deficit, ale může se objevovat jako určitá výzva. „Každá nemoc, každá krize je vlastně příležitostí, nějaká instance nás volá a říká: nemůžeš žít tak, jako dosud, musíš se sebou něco udělat. Je tu síla, která nám dává příležitost, budí nás, a my máme a můžeme rozšířit své vědomí, vystoupit někam dál anebo lépe hlouběji. Nastoupit cestu k vyrovnaní s vlastním nevědomím, součástí naší bytosti, která je potlačena.“ (Jung, 1995, s. 23).

Dalšími exemplárními příklady, kterak se vyrovnat s nemocí, jsou známé osobnosti, jež nemoc dokázaly svým způsobem přijmout za vlastní. Naučily se s ní pracovat a zahrnout ji do svého života. John Forbes Nash, jehož životní příběh se stal předlohou několika literárních i filmových zpracování, dokázal získat respekt nejenom na akademické půdě...

Praktická část

Předchozí část bakalářské práce představovala teoretický pohled rodinných vztahů a závažné psychopatologie. Nyní se budu snažit tuto problematiku nahlédnout a prakticky probádat v části empirické.

Každá studie musí obsahovat určitou ideji, kterou se bude blíže zabírat. Je propojením toho, čemu se věnovala teoretická východiska a úzce souvisí s metodologií, která bude využita k rámcovému dosažení zamýšlené studie (Miovský, 2006).

Má práce je založena na specifické variantě případové studie rodiny. Je specifická nejenom z důvodu, že tvoří širší vztahovou síť a má zvláštní postavení ve společnosti. Charakterizují ji i další okolnosti, kterými jsou etické aspekty – souhlas rodiny, účastníků,...(Miller in Miovský, 2006). Tvoří ji životní příběh opírající se o kazuistiku mezi jednotlivými členy.

Podle Miovského jsou případové studie významnými tématy v mnohých odvětvích, jejich tradice sahá k samotné existenci těchto oborů (Miovský, 2006).

Případová studie je o zachycení složitosti problému, popisu vztahů. V centru jejího zájmu stojí žena, která má osobní prožitek psychické poruchy - schizofrenie, dále pak její dcera a vnučka.

Zajímaly mne především vztahy mezi generacemi, komplexní příběh v „souvislosti funkčních a životních oblastí života účastníka výzkumu (případu) a jeho historicko-biografické pozadí.“ (Miovský, 2006, s. 94).

Ve shodě s Miovským jsem tuto výzkumnou strategii použila, abych mohla zkoumat vzájemné, sociálně-psychologicky dané vazby, které se promítají v plejádách vztahů mezi jednotlivými členy tohoto specifického společenství.

Jedním z cílů této práce je získat integrovaný pohled na rodinné vztahy v kontextu psychopatologie jakožto kontextuálního porozumění vnitřním procesům v souvislosti s psychickým onemocněním v rodině (Hendl, 2008).

Tato psychopatologie je do určité míry spojena s hereditárním zatížením, predispozicí, má tedy i tento faktor nějaký signifikantní vliv v rámci rodiny? Jakým způsobem se k tomu staví jednotliví členové, kterých se to týká - tedy dcera i vnučka? Do jaké míry jsou zasaženy vztahy mezi matkou a dcerou? Je pak možné takové vztahy považovat za normální? A jak vůbec definici normality vztahů v této oblasti vnímají zúčastněné osoby? Takové a další otázky jsem si na začátku svého výzkumu pokládala.

1. Metodologie

Praktická část bude probíhat především na základě rozhovorů, pozorovaného chování a jednání. Maximálním úsilím bude zachytit příběh celý - ve své komplexnosti a přirozenosti. Příběh takový, jak jej lidé opravdu zažili.

Rozhovor je svou formou polostrukturovaný, s otevřenými otázkami, na pomezí rozhovoru narativního, aby ti co jej vyprávějí, mohli formou narativní metody „přivést svůj příběh v život“...

Jednotlivé úseky respondentova života měly z hlediska mé práce větší váhu, v průběhu rozhovoru jsem tedy korigovala hlavní osu, kterou vyprávění plynulo. Tuto narativní metodu rozhovoru jsem se rozhodla použít proto, jelikož dává prostor a volnost vypravěči. „Při narativním rozhovoru není subjekt konfrontován se standardizovanými otázkami, nýbrž je povzbuzován ke zcela volnému vyprávění.“ (Hendl, 2008, s. 176). Přesto jsem měla základní okruhy otázek, které jsem pokládala všem respondentům. Otázky při rozhovoru jsem zadávala na základě poznatků z teoretické části.

Výzkum, jak z předchozích řádek vyplývá, je kvalitativní – snaží se porozumět zkoumané realitě, s komplexním vhladem, osobním a blízkým zapojením – pochopením a empatickým vnímáním.

Účastníkům jsem sdělila, jaké jsou mé záměry. Dopodrobna jsem vysvětlila, jak bude všechno probíhat a co od nich očekávám. Seznámila jsem je s mými vizemi o průběhu a okolnostech výzkumu.

Chtěla jsem, aby byly všem umožněny stejné podmínky – vzhledem k tomu, že některé otázky směřovaly k citlivým tématům, snažila jsem se, aby si dotyčné vybraly prostředí, které je jim známé a je jim zde příjemně. Ačkoli byly všechny (matka, dcera a vnučka) ochotné a souhlasily, že budou spolupracovat, ne všechny chtěly absolvovat rozhovor s osobní účastí a emailová komunikace byla pro někoho přijatelnější variantou. Tímto způsobem jsem získala data od vnučky. Matka a dcera svolily k přímému kontaktu. Komunikace s vnučkou skrze email probíhala bez komplikací, přesto byla ochuzena o některé aspekty – osobní kontakt, reakce na otázky, neverbální projevy chování,...

Respektování soukromí a anonymity je jedním z důležitých požadavků a etických otázek výzkumu. Zúčastněné jsem tedy obeznámila s tím, že jejich anonymita bude zachována a všechna jména, která budou použita, budou pozměněna.

Rozhovor s matkou probíhal diametrálně odlišně od toho, který jsem vedla s její dcerou. Bylo patrné, že se do něj promítlo její onemocnění – délka tohoto interview dosahovala 1 hod a 20 minut, s dcerou to byl (téměř o polovinu) čas kratší. Některé otázky s matkou jsem musela podávat několikrát, vracet se k hlavní ose příběhu, neboť se pointa často ztrácela.

Bylo mou snahou, jak uvádí Miovský (2006), podněcovat vypravěče a ptát se ho na nesrozumitelné části, nezasahovat příliš do vyprávění, abych zachovala autentický ráz. Snažila jsem se navázat kvalitní kontakt, získat důvěru a zbavit dotyčné ostychu. Tuto problematiku jsem nemusela řešit s vnučkou, neboť mi poslala odpovězené otázky emailovou poštou.

Rozhovory matky a dcery jsem s jejich souhlasem nahrávala na mp3 přehrávač a následně zpracovala do písemné podoby. Tato transkripce byla doslovná. Následně probíhalo zorientování se v získaných datech – práce spočívala v nalezení stejných témat, okruhů a otázek, které jsem záměrně pokládala všem zúčastněným. Po stránce metodologické jsem začala kódováním, tedy jsem v datech odhalovala ústřední myšlenky a témata, která jsem chtěla později dopodrobna studovat (Hendl, 2008).

Miovský (2006) uvádí nevýhody, které nestrukturovaná i strukturovaná forma rozhovoru může přinášet. Jedné z nich jsem se dotkla při rozhovoru s matkou (odbíhání od tématu, ztráta ústřední myšlenky,...) druhým je kódování a zpracování

zdánlivě nesourodého textu. Hledala jsem v datech souvislosti a vztyčné body, které jsem spojovala v další celky a uváděla do kontextuálních vztahů. Tato práce se týkala především dat matky, neboť rozhovor byl celkově poměrně nesrozumitelný.

2. Výzkumný soubor

Výběr vzorku nebyl zvolen náhodně, ale záměrně. Snažila jsem se najít respondenty tak, aby odpovídali zadání mé práce. Potřebovala jsem získat data od člověka – nejlépe ženy, která má osobní prožitek závažné psychopatologie – schizofrenie, její dcery a jejího vnoučete. Hledání nebylo těžké, neboť jsem od lékaře (po předchozím souhlasu klientky) získala telefonický kontakt a dotyčné oslovila osobně. Důležitou oblastí mé práce byla vztahová rovina mezi matkou a dcerou. Vzhledem k tomu, že se do praktické části a mého výzkumu promítá 3. generace, v našem případě vnučka, je vhodnější posuzovat a zkoumat vztahy v ženské linii. Další z podmínek byla věková zralost vnoučete, to znamená minimální věk 18 let. Rozhodla jsem se takto nejenom z důvodů etických, ale také psychických a sociálních. Očekávala jsem, že dospělý člověk bude vyzrálý, nebude mít problém vyjadřovat se k různým tématům - i osobního rázu.

Konečný soubor respondentů tvořily 3 ženy ve věkovém rozmezí 27 – 73 let.

Pro účely mé práce postačují tyto základní informace:

Matka: Paní B, věk 73 let

Paní B je 73 let, má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii, byla vdaná, má jednu dceru a 2 vnoučata. Invalidní důchod má od své rané dospělosti, svého času si přivydělávala u svazu důchodců. Je z velkoměsta, žije s podporou své rodiny relativně samostatným a soběstačným životem.

Dcera: Paní J, věk 48 let

Paní J je 48 let, je rozvedená, má 2 děti a pracuje ve službách. Stejně jako její matka žije ve velkoměstě, se svým životem je poměrně spokojená.

Vnučka: Slečna N, věk 28 let

Slečně N je 28 let, je svobodná. Vystudovala vysokou škola – nyní je zaměstnaná v oboru pomáhajících profesí. Žije ve velkoměstě, má řadu zájmů a koníčků.

3. Výzkumné otázky

Předchozí kapitoly uvádějí narativní perspektivu výzkumu a metodu narativního rozhovoru. I přes to, že jsem nechtěla do vyprávění více zasahovat, připravila jsem si základní okruh otázek, kterými jsem chtěla podnítit respondenta k vyprávění. Okruhy témat, které jsem zvolila, považuji v mém dalším výzkumu a komparaci dat za směřodonné. Jelikož jsem při rozhovoru s Paní B (matkou) a Paní J (dcerou) řadu otázek v průběhu rozhovoru měnila – důležitější pro mne byla plynulost a srozumitelnost, není relevantní uvádět předpřipravené otázky. Nicméně základní okruhy sestávaly z otázek týkajících se:

Dětství a vzpomínek, Výchovy, Pohledu na nemoc, Vztahové roviny v rodině, Klíčových okamžiků života, Podpory, Prožitku nemoci...

4. Analýza dat

Na základě sesbíraných dat jsem v rozhovorech vybrala témata a části, které zapadají do celkového rámce mé práce. Pomocí citací rozhovoru budu názorně poukazovat na klíčové části rozhovoru. Budu postupovat komparační metodou, kterou budu srovnávat, jak se na jednotlivá témata dívají všechny zúčastněné.

Vzpomínky na dětství

Položené otázky:

Vzpomínáte na své dětství?

1) Paní B

Paní B vzpomíná na dětství smíšeně. Vybavuje si Vánoce, když jí bylo 8 let – vzpomíná na návštěvu, která jako by s sebou přinesla dobré štědrovečerní jídlo, mnoho dárků a příjemnou vánoční atmosféru.

Během vyprávění se vzpomínka najednou přenesla do doby, kdy slavila Vánoce jen se svojí matkou: *„a už se k tomu nikdy nevrátím, protože maminka už zestárla, a když už byla dost stará, na nic nepomýšlela o tom, že by byly nějaký Vánoce. Prostě seděla v klidu, jako by se nic nestalo a ještě ty večere za nic nestály, protože jsme kupovaly vlašskej salát a byl přesolenej, tak to jsem se hrozně rozčilila a nebyla jsem k ničemu“.*

2) Paní J

Paní J vzpomíná na dětství negativně.

„Když mi byl asi rok a půl, byla jsem na gauči v pokoji. Byl tam se mnou otec, měla jsem panenku a nějaké nádobíčko, pak se objevila matka a něco se stalo, nevím, asi mi vzali hračky. Brečela jsem a otec mě fotil.“

3) Slečna N

Slečna N vzpomíná na dětství jen v souvislosti s nějakou událostí. Hodnotí jej pozitivně, až na období, kdy se její rodiče rozváděli.

Hodnocení výchovy

Položené otázky:

Jak byste hodnotila svou výchovu?

1) Paní B

„To bylo ubohý, protože táta nechtěl být v Bohnicích, nadával na mámu a ta už ho nechtěla chodit navštěvovat, tak chtěla, abych tam za ním chodila já a to nebylo hezký.“

Bylo by vhodné na tomto místě doplnit, že otec paní B, byl rovněž psychiatricky nemocný. Údajně měl stejně jako jeho dcera paranoidní schizofrenii. Absolvoval lobotomii, ale podle výpovědí příbuzných nezanechala na dotyčném nějaké výraznější změny. Dále se Paní B ke své výchově nevyjadřovala, její hodnocení spíše směřovalo k prostředí, z něhož její matka pocházela, ve kterém vyrostla.

2) Paní J

Paní J si velmi dobře uvědomuje, že její výchova neprobíhala tak, jak by měla. Od útlého dětství ji vychovávala babička z matčiny strany. *„Asi ve třech letech mě odvezl otec ke svým příbuzným, nechal mě tam, vrátil se do Prahy. Měla jsem pocit, že k nikomu nepatřím, byla jsem tam bezprizorní a izolovaná, všichni odešli ráno na pole, nechali mě se psem a s tím jediným jsem komunikovala. Mluvili slovensky a maďarsky, což bylo pro malý dítě dost obtížný. Byla jsem tam rok, v tomhle roce byl 86. a matka z otcovy strany mě honem rychle sháněla, že se objevily tanky, kde jsem. To pak utlo a nejednou jsem se ocitla v Praze, šla jsem do první třídy. Měla jsem problémy s lidma, s komunikací, protože jsem byla furt sama se psem. Mezitím mě táta přivedl do Prahy, bral si zrovna novou ženu, která mě totálně nenáviděla, čekala svého prvního potomka a mě mlátila. V prvním pololetí jsem skoro propadala, ze všeho jsem byla strašně vyjukaná, no a babička se dozvěděla, že jsem mezitím v Praze a začala za mnou chodit do školy, čekala na mě a začala rozebírat souvislosti, aby mě mohla dostat nazpátek do péče - asi díky ní jsem nakonec nevyrůstala v DM, ona udělala, co mohla - ale, ... byla v 50 letech sedřená a vyrůstala v úplně jiným prostředí, jako dítě. Pak proběhly soudy a získala mě do péče, to trvalo asi rok, ty tahanice.“*

3) Slečna N

Slečna N hodnotí svou výchovu jako normální, až na rozvod rodičů v ní nevnímá nic, co by se nějakým způsobem vymezovalo normálu.

„Normální proces. Více mě zasáhly jiné události - jako rozvod rodičů, resp. události před rozvodem.“

Percepce nemoci

Položené otázky:

Kdy jste začala cítit něco neobvyklého? Kdy se objevily první problémy?

Vnímala jste jako malá, že se něco děje, jak jste tomu rozuměla?

Jaké jsou první pocity, které si v této souvislosti vybavujete?

1) Paní B

Paní B začala vnímat, že je něco s jejím psychickým stavem v nepořádku již na základní škole. Bylo poměrně těžké dostat se k době, kdy její psychické problémy začaly. Na mou první otázku odpověděla takto: *„To se maminka se mnou měla normálně jít k doktorovi, ale ona strašně nenáviděla doktory, a když byla mladá, měla hrozně těžkou nemoc. Měla angínu a ležela v malý stodůlce na slamníku a tam měla mlíko, ale nebylo dobrý to mlíko, bylo asi starý, no. Tak s tím se živila celý den, až z toho vyšla, z těch bolestí.“*

Otázku jsem musela v průběhu rozhovoru několikrát opakovat, abych se postupně dostala k úsekům, které mají určitou vypovídající hodnotu. Paní B uvedla, že od dětství cítila obrovský tlak a za každou cenu si musela zapisovat své myšlenky. *„V době, kdy jsem chodila na osmiletku, do školy, v noci jsem měla strašnou bolest vzadu v hlavě, strašný píchání, jako když vám projede mozkiem žhavar drát“.*

Dále pak uvádí, že měla obtíže na základní škole: *„Takže já jsem se nemohla soustředit na to, co dělám – číst, nebo tak. Abych do hlavy dostala prostě tu myšlenku, hlavní, co bylo v té knize obsažený. Nesoustředila jsem se a pak si mě*

vzala jedna holčička na starost a ona mi podtrhala všechno, co jsem měla v dějepise jako hlavní myšlenku a já si to četla každý den, celou tu podtrhanou knihu dějepisu, opakovala každý den 2 hodiny a říkala jsem si to pomalu a dobře jsem udělala, takže jsem to pak udělala na 1. “

2) Paní J

Paní J se k tomu, co probíhalo v domácnosti, vyjadřovala následovně: *„Kolem mě se děly samý nenormální věci, takže jsem nedokázala posoudit, co je a není normální. Až v dospělosti jsem začala chápat, o co byl můj svět v dětství jinej, než je normální. Včetně dědy, kterej nebyl normální – matka je proti němu totální svatoušek. Výbuchy hněvu, agresivní nadávky po celém baráku,...“* Paní J svou matku vnímala jako *„nevšimavého ducha, který se uzavíral do svých pocitů.“*

Děti Paní J vnímaly podle ní její matku následovně: *„Myslím, že měly trochu ostych a respekt, asi podvědomě cítily, že tam není něco normálního, to děti podvědomě vycítí, jako když vidíš němou tvář, ale chodili jsme tam pravidelně každý týden, takže na to byly zvyklý.“*

Chorobu v rodině považovala za standardní věc, na kterou byla svým způsobem zvyklá a to hned ve dvojím podání. Svět a dění kolem sebe začala vnímat jinak, když se osamostatnila a oprostila od stereotypů, kterým byla jako malá vystavena.

3) Slečna N

Slečna N vnímala onemocnění své babičky takto: *„Od začátku jsem věděla, že je jiná, než babička od táty. Že má odlišné chování, uvažování. Např. byla a je pořádná na svoje věci, oblečení. Vše pečlivě naskládáno v krabicích, zabalené v igelitu. Na jiné věci až tak nehleděla – třeba že má úplně špinavý ubrus. Když mně chtěla udělat radost, vytáhla nějakou ze svých schovaných věcí, třeba boty a rozhodla se mi je dát. Pro dítě absolutně nevhodný dárek...“*

„Vždy jsem měla pocit, že ji do určité míry mohu ovládat, rozkazovat.“ Jak sama uvádí, od začátku věděla, že je jiná. Dítě mnoho věcí vycítí, je vnímavé, pocit určité moci, je zajímavým postřehem Slečny N.

Souvislosti nemoci (heredita)

Položené otázky:

Vyskytl se ve vaší rodině další problém?

Myslíte si, že vás nějakým způsobem ovlivnilo to, co se v rodině odehrávalo, konkrétně s babičkou?

Když jste byla starší, zajímala jste se sama o to, co je to za nemoc, která způsobila takové chování?

Vzhledem k tomu, že je nemoc do určité míry „dědičná“, zajímalo mne, zda si ostatní uvědomují hereditární zatížení, kterému mohou být vystaveni. Případně zda si Paní B dala nemoc jejího otce do souvislosti se svou vlastní.

1) Paní B

Paní B mi při mé otázce, co jí nejvíce pomohlo při léčbě, odpověděla tímto způsobem: „*no, já jsem začala koktat, já jsem neměla žádnou příležitost, protože táta byl nervově nemocnej a já jsem to určitě po něm zdělila, takže já neumím promluvit.*“ Tento příklad demonstuje, že si uvědomuje dědičnou dispozici, která je v rodině. Přesto těžko posoudíme, do jaké míry je schopná nemoc otce srovnávat se svou vlastní. Když jsem se na začátku rozhovoru ptala, zda měl i někdo další psychické problémy, odpověděla mi, že ne a začala vyprávět o svých sestrách. Podle jejích slov byly „celkem normální“, což hodnotila na základě známek, které dostaly na vysvědčení...

2) Paní J

Paní J se už v předchozí kapitole vyjadřovala, že se jako dospělá chtěla oprostít od toho, co jí způsobilo tolik špatných vzpomínek na dětství. Hereditární zatížení proto raději neřešila. „*Když jste v tom odmala a máte to ve dvojím podání, tak je vám to úplně fuk, máte to kolem sebe furt a snažíte se z toho vymanit, připadá vám to tak normální, že po tom ani nepátráte. V té době se o tom navíc ani nemluvalo, prostě duševní poruchy, nic víc.*“

3) Slečna N

Dcera Paní J sdílí podobný názor: *„Nechtěla jsem se v tom více šťourat. Protože to byl a je takový strašák, bála jsem se, aby se to u někoho neobjevilo také. Věděla jsem, že babička není jediná v rodině trpící tímto onemocněním. Vždycky tu byla hrozba toho, že se to může projevit i u mě nebo sestry. Když se objevily u mě nějaké zdravotní problémy, bála jsem se... Říkala jsem si, jestli taky nemám nějaké psychiatrické onemocnění, jestli jsem normální.“* Slečna N zde uvádí, že i přesto, že nemoc babičky nikterak zásadně neovlivnila její život, to, jakým směrem se ubíral (viz. dále), vnímá onemocnění jako jakousi „Pandořinu skříňku“, která by se neměla otevírat. Podle dostupných informací jsem pochopila, že se o onemocnění doma raději moc nebaví.

Podpora rodiny

Položené otázky:

Podpořila vás rodina (matka, manžel,...)?

1) Paní B

Paní B měla zásadní oporu ve své matce. Hlavní podporou jí byla v době, kdy se jí narodila dcera a ona se o ni nemohla postarat. Nicméně, jak sama zmiňuje, její matka neměla zrovna vřelý vztah vůči lékařům a lékařské péči: *„šla jsem k doktorovi a naše matka byla proti tomu, aby mě vyšetřoval nějaký doktor, nechtěla za mnou chodit do Bohnic, tak proto, že mě vyřadí mezi postižený, chtěli – to víte, venkovská holka, musela těžce pracovat, žádnou kulturu neměli, ani věno jí matka žádný věno nedala“* *„ona měla předsudek v tom, že všechno se samo zahojí a že doktora nepotřebuju a už tam nechodila.“* Tento názorný příklad je v některých směrech poněkud nesrozumitelný, přesto ukazuje, jakým způsobem podporovala matka svou dceru (Paní B) v léčebných procedurách.

Zajímalo mne, jak si myslí, že její nemoc vnímala její matka... *„No, tak ona snad něco cítila, že není v pořádku, měla sice zlost, že jí nedávám moc peněz, ale nechala mě a já jsem si koupila, co se mně líbilo a na co jsem měla. Tak jsem měla boty – lodičky, měla jsem kabelky, hezký a z toho jsem se těšila, i když jsem byla sama*

s dcerkou.“ Paní B sama hodnotí, že jí její matka pomohla z toho nejhoršího. Zde Paní B vzpomíná na dobu, kdy ji chodila navštěvovat na psychiatrii: *„Maminka říkala, já jsem strašně šťastná, že jsem zase doma a říkala, zaplat' pán bůh za domov, ať je jakejkoli, takže jako říkala, že by za mnou nemohla pořád chodit a nosit mi acidofilní mlíko, že jí to vyčerpávalo.“*

Bylo by hodné na tomto místě doplnit, jak na návštěvy své matky vzpomíná Paní J: *„Byla každou chvíli v Bohnicích, měla za sebou asi 2 pokusy o sebevraždu, další věc je, že byl kolikrát v Bohnicích hospitalizovanej i děda - babička pendlovala mezi nima a já na ni čekala třeba v čekárně, ve dvoře - děti tam nesměly. A když jsem byla větší, ani jsem tam s babičkou nejezdila.“*

Dalším, kdo jí mohl v nejtěžších obdobích nabídnout podporu, byl její manžel, nyní bývalý: *„ležel na kanapi, a když viděl, co píšu, tak si toho nějak všimnul a zeptal se doktora, co to znamená. A doktor mu říkal: to jste špatně informován, to je psychiatrie a tak jsme se hned rozešli.“* Paní B pak sama uvedla, že od té doby, co se rozešli, o manželovi neslyšela – ani v souvislosti s jejich dcerou, které sice do jejích 18 let dával výživné, ale už v jejím útlém dětství přerušili veškerý kontakt. Podle svých slov byla spokojená, že má dcerku, kterou vychovávala se svou matkou.

Celý svůj život, než její matka zemřela, žily ve společné domácnosti. Paní B žila také se svým otcem, z rozhovoru ale vyplývá, že měl sám psychické problémy a pochopení pro nemoc dcery, i přes osobní zkušenosti, moc neměl. *„Strašně se bál, aby ho nedali do Bohnic znovu. Vyšel jenom na zahradu a my jsme s ním neměly dobrej vztah, jako aby byl kamarádskej. On pořád říkal, já jsem měl 21 tisíc a ty si měla hovno, to říkal mamince. On strašně řval, až se celej barák rozechvěl a říkal, já jsem slušnej člověk, já jsem zdravěj člověk a mám hlas jako zvon.“*

„On si něco někde dal, potom to nemohl najít, sváděl všechno na nás a my jsme mu nic nemohly říct a on říkal furt jedno a totéž – vy jste mě vykradly, vy jste mi ukradly peníze, vy jste mě...nechtěl říct, neměly rády, ale nebyla to pravda, ale opak – on nás neměl rád, že jsme se narodily, on nechtěl, abychom se narodily.“ Paní B zde myslela její dvě sestry, které každá žijí v jiném městě. Vzhledem k tomu, že se s nimi stýká sporadicky, párkrát do roka, nemají v našem výzkumu nějaký větší význam.

Zásadní oporou je Paní B v současné době její dcera a vnučky. Pravidelně k nim dochází, několikrát v týdnu si volají. Podporují ji po stránce finanční i psychické.

2) Paní J

Paní J měla jako malé dítě podporu ve své babičce, v rozhovoru uvádí: „*na babičce byla tíha celé domácnosti, byl to primitivní člověk bez nějakého vzdělání. Nedostatek porozumění, lásky a péče, z toho jsem se musela dostat sama, i teď možná vidím věci trochu jinak*“. Babička je vděčná, že ji získala do péče a nemusela vyrůstat v dětském domově. Uvědomuje si, že její babička udělala, co bylo v jejích silách: „*byla v 50 letech sedřená a vyrůstala v úplně jiném prostředí, jako dítě*.“ Paní J uvádí, že největší podporu měla sama v sobě: „*Vlastní seberealizace, rodina, práce, vždycky jsem se ze všeho musela dostat sama, spoléhat se sama na sebe, to je můj vnitřní motor*.“

Zajímavý pohled má její matka, která viděla největší podporu své dcery v její rodině, kterou si založila v poměrně mladém věku. Podle Paní B: „*Dospívala a chtěla mít dítě a chtěla se vdávat a David (nyní bývalý manžel) byl na sportovním stadiónu, tak já jsem jí koupila hnědý botasky, tak ona je měla a hezkej hnědej kabátek a hrdě šla k tý Daně (bývalá švagrová její dcery) tou ulicí – normálně šla s ní jako hrdě, že se jí podařilo, že má dítě. Měla to dítě jako lepší lék*.“ Paní B na mou otázku, proč měla dítě, jako lepší lék, odpověděla následujícím způsobem: „*No, protože měla hezký oblečení a kočárek měla v ruce*.“ Pro doplnění je potřeba uvést, že Paní J sama uvádí potřebu změny prostředí: „*Únikem z rodiny byla brzká svatba, chtěla jsem vypadnout - vždycky jsem hledala cestičky, jak bych se mohla mít líp*.“

Péče otce nepřipadala v úvahu, neboť mezitím založil novou rodinu a se svou dcerou neměl zájem udržet kontakt. Sama vzpomíná na momenty, kdy nebyla se svou matkou, respektive babičkou a péči převzal na určitý čas otec. Vzpomínky tohoto typu jsou negativní, později hodnotí: „*prvopočátek toho zla, za to, že jsem nikomu nepatřila, citovou dysbalanci, nemusela jsem mít takový šoky, že jsem něco kreslila, někdo mě vlácel po soudech, tyhle eskapády, to že byl zdravý člověk, ale sobec a způsobil to, co způsobil...*“

3) Slečna N

Slečna N hodnotí svou výchovu normálním způsobem, podporu měla a má od svých rodičů nadále, v tomto ohledu se nic nezměnilo. Pokud se týká její babičky, Slečna N vnímá její podporu jako samozřejmost, více péče jí však věnuje její matka (Paní J).

Sama se vyjadřuje: „*Nadále platí, že babička je závislá do určité míry na naší pomoci. Naštěstí je schopná doposud samostatně bydlet, fungovat.*“

Vztah matky a dcery, mateřství

Položené otázky:

Co vám přineslo mít svojí vlastní rodinu, dcerku – změnil se pak váš život?

Co pro vás znamenalo mateřství, nestarat se jen sama o sebe, ale i o někoho druhého?

Když jste sama měla vlastní rodinu, změnil se nějak pohled na vaši matku?

Jaká pro vás byla výchova dcery?

Jak se měnil vztah s dcerou, když dospívala?

Když se řekne máma, co se vám vybaví?

Jaký jste s matkou měly vztah?

Bylo něco zvláštního ve vztahu vaší matky s babičkou (její matkou)?

1) Paní B

Paní B nejdříve reagovala na otázku, zda se jí příchodem rodičovské role změnil život: „*no, nepozorovala jsem to.*“ Poté, co jsem otázku podala jiným způsobem, dostala se mi tato odpověď: „*Bylo to pro mě moc těžký, ale dcerku jsem měla moc ráda, tak jsme se spolu pobavily, jak jsem mohla.*“ Na otázku, zda se cítila lépe potom, co se jí narodila dcera, odpověděla: „*no, já jsme se cítila šťastná akorát teďden, než jsme se vzali s Josefem. Já jsem měla volnost jako si koupit, co potřebuju a nikdo mě neditigoval ani neplácal, ale hned druhý den po svatbě jsem cítila, že*

budu jako otrok. Tejden jsem byla s dcerkou sama, totiž rok jsem byla doma, když se mi narodilo to mimino.“

Paní B se také vyjadřovala k péči o dceru: *„všechny ty pleny jsem vydřela rukama, vymáchala, vyčistila mejdlem a doktorka i sestra se koukaly na mě blbě, že se starám o sebe a dítě nechám ladem. A to mě rozrušilo, protože ty mámy měly všechny ty pleny bílý a já je měla béžový, protože když to bylo pročůraný a prokakaný, tak přesto, že jsem to toaletním mejdlem mydlila a dřela v ruce, tak jsem to neměla takový, jako kdybych to strčila do prádla.“* Později se ještě vrátím k tomu, jaký měla Paní B vztah sama k sobě, ke svému vzhledu.

Výchovu dcery hodnotí těžkou pro obě dvě. Během doby, co dcera dospívala, se prý moc nestýkaly a tak není schopná posoudit, zda se jejich vztah měnil. Vzhledem k tomu, že jsem byla obeznámena s tím, že s ní její dcera bydlela i na začátku období, kdy byla vdaná a měla první dítě, nezdá se mi pravděpodobné, že by svojí matku nevidala. Když jsem se chtěla zeptat, jak přesně to tedy bylo, dostala jsem odpověď na něco úplně jiného.

Pokud bychom se měli přenést do současnosti, má se svou dcerou dobrý vztah, který však úplně nefunguje na mateřské bázi. Paní B svou dceru potřebuje, kdyby mezi nimi od počátku probíhal standardní vztah, dalo by se říci, že se role s odstupem času proměnily – dítě přebírá úlohu pečovatele a rodiče. Vzhledem k tomu, že tato role byla vždy jednostrannou, zákonitě nemůže vytvořit něco, co nikdy nebylo přítomno.

2) Paní J

Paní J se svěřila, že svou matku jako matku nikdy nevnímala: *„byla vedle mě, ale vychovávala mě babička, a pokud tam matka byla, tak spíše jako moje sestra“.*

Při otázce, co se jí vybaví při slovu matka, odpovídá následovně: *„Vůbec nevím. Byla jako nevšimavý duch, který se uzavíral sám do svých pocitů. Jako malá jsem měla pocit, že nikomu nepatřím, že mě nemá nikdo rád. Byla jsem v jeslích a ve školce zakřiknuté dítě, jak si matně vzpomínám. Máma v pravém slova smyslu pro mě neexistovala.“*

Samozřejmě i zde by bylo namístě uvést, jak se měnil vztah matky a dcery z pohledu Paní J: *„Jo, postupem se její stav docela zklidňoval, začala více vnímat svět kolem sebe, byla víc adaptovaná do normálního života, hormony přestaly víc pracovat a*

tělo bylo přizpůsobenější. Jinak pohled na ni se nezměnil, asi je to stejný, nemůžete svět přetvořit - nemůžete cítit mateřskou lásku, když jste ji nikdy necítila.

Vůbec matce nic nevyčítám, neobviňuji, protože ona za nic nemohla...

Co si pamatuju, když se v ní probudil cit, jako by si něco začala uvědomovat – to, co necítila ke mně, cítila k mým dětem a vůbec na sklonku života si asi začala uvědomovat souvislosti vztahu ke mně, ale to je i tím, že mě potřebuje. Myslím, že se to v ní probudilo posledních 10, 15 let, nebo jestli to bylo i dřív, co jsou holky na světě.“

Současné vztahy jsou na obou stranách dobré: „*Jsme v kontaktu téměř každý den, snažím se jí usnadnit život, jak můžu, bydlí blízko nás, což všechno ulehčuje, každou neděli chodí na návštěvu, normálně se stýkáme, jak můžeme. Holky s ní vycházejí v dobrém.*“

3) Slečna N

Slečna N má velmi podobný pohled jako její matka, asi je to způsobeno tím, že Paní B nebyla „typickou matkou“ a pravděpodobně ani „typickou babičkou“. Když jsem se snažila zjistit, jak vnímala vztahovou rovinu mezi její matkou a babičkou, reagovala tímto způsobem: „*Jako kdyby to bylo obráceně. Nemohla se na ni spolehnout jako jiné matky na svoje matky. Moje máma se spíše starala o ni, než že by babička třeba pomáhala s vnoučaty.*

Moje matka vyrůstala v prostředí, kdy ji spíše vychovávala moje prababička. Otec je v dětství opustil a dále se s nimi nestýkal. Její matka ji zrovna mateřskou lásku moc neprojevovala - nebo odlišným způsobem. Asi to neměla jednoduché...“

Vlastní život

Položené otázky:

A co váš osobní život?

1) Paní B

Bylo poměrně náročné zjistit, jak dále plynul život Paní B. Nezávisle na tom, jaká otázka byla položena, dostávaly jsme se při hovoru k různým tématům - viz příklad:

Proč jste nemluvila se svojí dcerou?

„No, ona chodila jen za babičkou. No, a když jsme se měly odstěhovat, teda chtěly jsme mít nějakou dovolenou, tak maminka si vzpomněla ze svých 5 sester, že půjdeme do Šluknova. Tak já jsem s tím souhlasila, no a tam to nebylo hezký – byla tam jako špína, pálivý slunce a nikde než jen nějaký jezero. A tam bylo spoustu lidí, přesto se tam ovlažovali a bylo tam bahno a já jsem se o tom chtěla přesvědčit, tak jsem stála na takovém kameni a ten proud toho svinstva šel nahoru a sotva jsme přijeli domů, z toho Šluknova, tak jsem onemocněla. Měla jsem už v sobě ten bacil angíny. A to jsem jako vyléčila dobře. Doktor mi říkal, aby se mi to nedostalo na srdce, nechala jsem si vyoperovat mandle a pak už jsem angínu neměla, ted'ka jsem byla nemocná minulý týden,..."

Během rozhovoru dále vyprávěla o škole a studiích, svých láskách, o tom, jak chodila se svou kamarádkou na zábavu a o svých předchozích zaměstnáních, kde působila ještě před svatbou. Bylo pro mě velmi těžké rozlišit, o jaké časové etapy jejího života se jedná – z přítomnosti přeskakovala do minulosti. Některé vzpomínky, jakoby při jejím vyprávění ožily, je až fascinující, jak si určité momenty svého života dokáže přesně vybavit. Základem bylo, že po rozvodu nenavázala žádný bližší vztah: *„už jsem si žádných chlapů nevšímal a oni mě taky ne. Už mě to nebavilo.“*

Obklopila se tedy pouze svou rodinou a několika málo přáteli, s kterými udržuje vztah do současnosti.

2) Paní J

Život Paní J plynul následovně: *„Vystudovala jsem odbornou školu, přitahovala mě estetika, řemeslné práce a malování, v rámci studií jsem se poznala s otcem mých dcer... U mého manžela mě imponovalo to, že i když měl rodinu, dobrou, byl nezávislým, rebelem.“* Jak dále vyplynulo z rozhovoru, s manželem se rozvedla, nicméně v současné době je spokojená, je paní svého času a to jí po všech stránkách vyhovuje.

3) Slečna N

Vystudovala vysokou školu, domnívá se, že babiččino onemocnění nijak výrazně nezasáhlo, neprojevalo se v tom, jakým způsobem její život směřoval. Působí v pomáhajících profesích, dále se nevyjadřuje...

Klíčové okamžiky života

Položené otázky:

Které okamžiky svého života považujete za nejdůležitější?

1) Paní B

Paní B uvádí, že nejdůležitějšími okamžiky jejího života jsou: „*no, jak když jsem chodila do školy, když byly prázdniny, tak na tý Šumavě byly borůvky a my, když jsme tam chodili na ty borůvky, tak pak jsme je prodávali a když jsme měli peníze, tak jsme si koupili šaty a to bylo pro mě hrozně příjemný, když začínal nový školní rok a já měla nový šaty.*“

Abych zrekapitulovala, co z odpovědi vyplývá, jedním z nejdůležitějších okamžiků jejího života bylo, když měla hezké nové šaty. Když jsem se zeptala, co by takto mohla ještě označit, dostalo se mi následující odpovědi: „*než jsem se vdala, byla jsem strašně zamilovaná do jednoho inženýra, ale on by si mě bejval nemohl vzít, protože já jsem neuměla mluvit, jinýho jsem si mohla vzít – nevím, jak se jmenoval, ale vyzdvihl mě na židli nahoru a divila jsem se, že se fyzicky tak namáhal, ale já jsem nemohla mluvit, neuměla jsem se bavit s mužským, ale tenhle chlap by si mě bejval vzal, byl hezkej a obdivoval mě. (A začne povídat o někom, kdo jí nabízel zákaznickou kartu v supermarketu před několika týdny)...*“

Předpokládali bychom, že klíčovými okamžiky jejího života je svatba, narození dcery, rozvod s manželem, psychické problémy – pobyt v psychiatrickém zařízení, narození vnoučat, smrt její matky,... Je zřejmé, že Paní B tyto události vnímá zcela odlišně. Klíčovým tématem, které se prolínalo v průběhu celého rozhovoru, byl její vzhled a zájem o módu.

viz. následující ukázky:

„*A jinak jsem nepoznala v baráku žádný lidi, který bych oslnila, že se mi strašně líbili. Paní Bažantová byla výborně oblečená a moc jí to slušelo. Takže jsem jí říkala, že vypadá, jako madame rokoko a ono jí to dělalo dobře a říkala, ta má vkus! A jinak jako vládla módně, nosila plisovanou sukni a měla nylonovej červeněj pásek a bílou blůzu a měla kočárek...*“

„*já jsem si koupila, co se mně líbilo a na co jsem měla, tak jsem měla boty – lodičky, měla jsem kabelky hezký a z toho jsem se těšila*“

„já jsem jí koupila hnědý botasky, tak ona je měla a hezkej hnědej kabátek“

„já jsem chodila hezky oblečená, jeden inženýr řekl, tahle slečinka, kdyby měla hodně peněz, ta by věděla, jak se má oblíknout, ...jo, tak to byla taková legrace...“

„byli jsme jednou na plese, měla jsem krásný bílý šaty saténový, nový....“

„Měla taky svoje těžkosti, musela se starat o celou rodinu, hlavně o peníze a můj sestře kupovala každý rok nové šaty a na nás zbylo, jen co jsme dostali od pani Novákové.“

„chodily ženský v hadrech a já jsem tam byla normálně, nebyla jsem otrhaná, byla jsem hezky oblečená, takže on si mě všimnul“

2) Paní J

Paní J za nejdůležitější klíčové okamžiky považuje narození svých dětí, dcer. Její odpověď byla jednoznačná, bez chvilky zaváhání. Odpovídá to rovněž jejímu stylu života, neboť má se svými dětmi velmi blízký vztah. Všichni jsou na sebe poměrně vázaní, jsou zvyklí být v každodenním kontaktu.

3) Slečna N

„Zlomovým okamžikem je každá změna prostředí. Tzn. nástup do škol (základka, gympl, vysoká). Úmrtí blízkých. Rozchody. Určitě těžké a převratné bylo období rozvodu. Nevycházela jsem s otcem, dokonce jsem ho za jeho chování nesnášela. Rok jsem se s ním nebavila. Pak, s odstupem času, se vztahy urovnaly. Dalším zlomem byly zdravotní problémy chronického rázu, ukončení školy a nástup do práce.“

Okamžiky, které Slečna N uvádí, jsou klasickými situacemi, které působí na každého. Největší váhu přikládá rozvodovému řízení, které po určité období poznamenalo vztahy s otcem. Situace se s odstupem času uklidnila a vztahy se urovnaly.

Osobní prožitek nemoci

Položené otázky:

Co to bylo za myšlenky, které vás nutily si stále něco psát?

Obrátila jste se někdy na nějaké lékaře? Absolvovala jste nějakou léčbu?

Co vám nejvíc pomohlo při léčbě?

1) Paní B

Osobní prožitek nemoci dokáže posoudit pouze Paní B. Nemoc začala vnímat na základní škole, měla bolesti hlavy a nutkavé myšlenky, které ji nutily neustále něco zapisovat. Zajímalo mne, jaké myšlenky měla a co dělala, aby se s nimi vypořádala.

„Normálně, když s vámi mluvím, tak to byly myšlenky, jako když učitelka na tabuli něco píše nebo když vysvětluje něco z mapy, tak za každou cenu se mi vracely ty myšlenky a zaplat' pán bůh, ať to skončí. To bylo v tom roce, nevím ve kterým, ale učitelé mě měli rádi, ale učitelky si ze mě dělaly legraci.“

Paní B vyrůstala v sociálně-slabém prostředí, její rodina neměla takové prostředky, aby si mohla pořídit, co chtěla. Uvádí, a to hned několikrát, že šťastná byla akorát týden před svatbou. Měla dostatek financí, aby si mohla koupit, po čem toužila. Finance spojovala s určitou volností a nezávislostí, která se jí po svatbě z manželovy strany nedostávala. Mezníkem byl rozchod s manželem, který byl z velké části zapříčiněn psychickým onemocněním – krátce poté, co se manžel dozvěděl o psychiatrické nemoci, manželku s dítětem opustil. Paní B se poté léčila v Bohnicích, uvádí, že byla hospitalizovaná celkem třikrát.

Důvody své první hospitalizace – tedy po svatbě, moc nerozebírá: *„Bylo toho moc, všechno najednou, měla jsem poruchy spánku,...(začne vyjmenovávat medikamenty).“*

Na dobu, kdy byla v Bohnicích, vzpomíná:

„A potom mě pani doktorka vyléčila, brala jsem strašně moc leků a nutila jsem se sama do spánku, protože ty, který nešly, tak usnuly snad na věky. Takže to byla strašně silná harmonie, takže jsem usnula, měla jsem otevřené okno, moc dobře

topili, takže jsme museli mít otevřeno, no a usnula jsem. Ráno byl budíček v půl sedmý a honem jsem musela na byt, kde byli ještě druzí, a cvičili jsme a dělali jsme všechno možný, abychom se dostali do pohybu. A nebyla jsem sama, museli jsme se podepisovat na lejtro, kdo tam všechno byl a to si potom přečetla doktorka, kdo tam všechno byl. A řídila, jak má normálně existovat muž nebo žena. A muži byli zvlášť a děvčata taky.“

„Ale nebyla jsem tam spokojená, protože se moc vařilo a muselo se to všechno sníst, já jsem strašně moc rychle přibývala.“

„Po tom, když už to trval dýl a nebyla jsem na psychiatrii a přestala jsem chodit na ty ničemný pohovory, to bylo, když byli pacienti trochu zdravý, tak si je doktor Kocourek vyzvednul a chtěl, abych se s ním bavila. A podle toho, jak se s kým bavil, tak zjišťoval, jestli ty prášky působí nebo ne a to bylo všechno.“

Paní B také vyprávěla, jak se na terapii seznámila s jakýmsi mužem, kterého okouzila – dvořil se jí a nadbíhal. *„Já si ho vzala do hlavy, všechno jsem sledovala, co on říká a abych snad si ho všimla, když přišel pozdě.“* Tento muž se jí potom neustále zjevoval, jakoby ji stopoval. Neměla ho ráda, sama říká, že se snažila, aby s ním neměla nic společného, prý se řídí slovy doktorky a bere medikamenty.

„Ještě někdy, už tam nechodím, ale ještě se mi zjevoval sám. A čeho jsem si všimla, že chodil tou cestou, co jsem chodila za maminkou a od té doby jsem ho neviděla, ale viděla jsem ho před měsícem, ale říkala jsem si, že se mu radši vyhnu, protože by se shodil. Neměla jsem ho ráda, on se mi zjevoval celkem často, teďka nevím, co dělá, k doktorovi chodím, když mi něco je, jinak se neukazuju.“

5. Diskuze

Narativní příběh je subjektivní, vždy je to jedinečná výpověď, v níž je objektivita snížena. Musíme pracovat s tím, co klienti přinesou. Data, která jsem získala s Paní B, jsou v některých směrech poměrně nejednoznačná. Důvodem je nejenom její nemoc, ale také stáří. Otázky, které jsem pokládala, měly jinou vypovídající hodnotu, než bych si zpočátku představovala. Možná by bylo vhodné rozhovor zopakovat, čímž by ale mohl ztratit svou prvotní autenticitu.

Paní B měla mentální schémata postavena neobvyklým způsobem – vyprávění a smysluplnost příběhu se často ztrácela ve vzpomínkách, hlavní tematická linie byla pojednou nahrazena jinou. Její životní zkušenost byla vyobrazena tak, jak ji uchopilo její vědomí (Chrz, 2004, Miovský, 2006).

Vědomí Paní B je do určité míry ovlivněno její nemocí, klíčovými okamžiky jejího života jsou chvíle, které bychom za normálních okolností považovaly za „nepodstatné“... Je tento vnímaný rozpor ovlivněn úhlem pohledu a subjektivitou vypravěče, nebo nemocí, jež zapříčinila takové uvažování?

Jsem si tedy vědomá omezené platnosti, limitu své práce – nyní bych otázky položila v některých směrech odlišně... Snažila bych se, aby otázky byly jasnější, v některých směrech pochopitelnější a srozumitelnější.

Z jednotlivých bodů jsem zjistila, že rodina, která má takto nemocného člena, je zasažena v celé své struktuře. Vycházím ze zjištěných informací, jež jsem získala z výpovědí členů rodiny. Předchozí tvrzení jsou ve shodě s Kalinou (2004), který se domníval, že každá nemoc změní dočasně chod domácnosti. Je zřejmé, že pokud se jedná o onemocnění, jehož léčba je dlouhodobá, vyžaduje specifickou léčbu a zapojení širší struktury, než jen pacienta samotného.

Praktická část nikterak nevysvětluje, respektive nepoukazuje na důležitost psychoterapie – je to ovlivněno tím, že Paní B nedala dostatečnou výpověď o tom, jakým způsobem se léčila. Poznamenává, že jí pomohla psychofarmaka, dále vyplývá, že během pobytu v Bohnicích absolvovala psychoterapeutická sezení s ostatními pacienty. Rodinná psychoterapie pravděpodobně neproběhla vůbec. Je otázkou, zda to bylo způsobeno dobou, ve které se pacientka léčila nebo rodinou, ve které vyrůstala.

„Rodiny schizofreniků někdy bývají sociálně nápadné, i když v současné době jsou tyto odchylky hodnoceny spíše jako důsledek onemocnění jednoho člena rodiny než jeho příčina.“ (Vágnerová, 2004, s. 359). Ve shodě s Vágnerovou se v mém výzkumu ukázalo, že rodina, ve které vyrůstala Paní B, byla sociálně nápadnou. Tato „nápadnost“ byla podmíněna nemocí jejího otce, který byl podle tvrzení ostatních v některých momentech agresivním a vzteklým člověkem. Tato tvrzení dokládá nejenom dcera - Paní B, ale i vnučka - Paní J.

Jak ale zjistit, co vzniklo na základě čeho? Bylo dříve psychiatrické onemocnění, nebo sociálně nápadné rodinné klima? Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal s Paní B, která byla dcerou psychiatricky nemocného otce, domnívám se, že nápadné sociální prostředí je v tomto případě důsledkem nemoci.

Paní B není jediný případ s psychiatrickou diagnózou v rodině. Potvrzuje se hereditární zatížení, v souvislosti s kterým někteří členové rodiny cítí určitou „hrozbu“ a strach z možné nemoci.

Paní B by mohla být zářným příkladem psychoanalytických vývojových teorií, kde bylo dítě vystaveno dvojné vazbě jednoho z rodičů. Otec Paní B měl paranoidní schizofrenii, jeho komunikace byla pravděpodobně „narušená“. Zároveň vyrůstala ve strohém rodičovském prostředí, ve kterém se jí podle jejích slov nedostávalo všeho, po čem toužila. Bio-psycho-sociální přístup, který zastává většina teorií sledující vznik závažné psychopatologie a tedy většina novodobých klinických psychologů (včetně Mentzose, 2005) koresponduje s tím, že se u Paní B objevila nemoc – na základě genetické dispozice, psychosociální konstelace, prostředí a narušených vztahů s primárními pečujícími objekty.

Potvrdilo se mi, že rodiny fungují jako systémy, kde každý zastává určité role. Kazuistika rodiny, ukazuje, že rodina byla natolik pružná, aby babička převzala roli matky, nicméně nakolik byla tato výchova úspěšná a uspokojující, se jen můžeme domnívat. Kalina (2001) uvádí, že je potřeba, aby rodina měla vymezené a jasné dané hranice mezi jednotlivými členy. Rodina, ve které vyrůstala Paní J, takové uspořádání neměla – matka nebyla matkou, babička nebyla babičkou, ale spíše matkou, otec nebyl přítomen a dědeček, vzhledem k jeho diagnóze, pečující osobou rovněž nebyl. Rodina byla ve shodě se Sobotkovou (2001) dysfunkční, neboť v ní bylo maladaptivní chování nejenom jednoho, ale více členů rodiny. Důležité je

poznamenat, že v určitém období v rodině žili dva lidé, kteří měli paranoidní schizofrenii. Ideálním řešením při takových situacích životní krize je reorganizace rodiny (Sobotková, 2001). Kdo by měl při takové reorganizaci rodině napomoci? Pravděpodobně odborníci, kteří z výsledků mých rozhovorů s rodinou moc nespolupracovali. Otázkou zůstává, zda to bylo ovlivněno nezájmem rodiny či dobou, která nebyla zvyklá spolupracovat s celým systémem. Vždy by se mělo vycházet z toho, jaké role pacienti před svým onemocněním zastávali. Zajímalo by mne, jakým způsobem by odborníci spolupracovali s rodinou, kterou drží – jako v mém výzkumu, jediný zdravý člen rodiny, matka Paní B, na které byla starost o celou domácnost.

Výpovědi členů rodiny ukazují, že Paní B nepůsobila rušivě. Ostatní v její přítomnosti neměli strach, jednalo se spíše o to, že nebyla schopná fungovat, normálním způsobem žít. Její dcera hodnotí, že byla spíše duchem, jakýmsi nepřítomným obrazem, který se uzavíral do svých pocitů. Opravdovým rušivým elementem (v určitých chvílích) byl pravděpodobně zmiňovaný otec Paní B, dědeček Paní J. Potvrdilo se mi, jak tvrdí Vágnerová, že domov v takových chvílích přestával být domovem (Vágnerová, 2004). Paní J, která v takovém prostředí vyrostla, měla potřebu brzy rodinu opustit a založit svou vlastní. Vágnerová to vysvětluje tím, že dítě, které je emociálně a rozumově nevyzrálé, nedokáže chápat projevy nemocného člověka. Takové chování může vyvolávat strach, úzkost, poznamenat dítě – dospělého člověka (Vágnerová, 2004). Ukázalo se, že Paní J jako dítě vnímala odcizení, měla pocit, že nikomu nepatří, necítila mateřskou lásku – uvědomuje si, že ji to určitým způsobem negativně ovlivnilo, trvale poznamenalo vztah mezi ní a její matkou. V pozadí by mohlo být nejenom závažné onemocnění v rodině, ale také nedostatek péče ze strany otce. Pokud „selžou“ oba dva rodiče, nastává sociální deprivace.

Nepotvrdilo se mi, že by Paní J měla poruchu osobnosti a vychovávala své děti „neobvyklým způsobem“. „Efekt druhé generace“, jak tvrdí Vavrda (2005), tedy nenastal. Je možné, že se problémy promítly do manželského soužití a partnerských vztahů Paní J, nikoli do výchovy jejích dcer. Usuzuji z toho, že podle výpovědi Slečny N (dcery Paní J) nevyplývá, že by bylo její dětství – až na rozvod rodičů, něčím poznamenané.

Závěr

Schizofrenie je nemoc, která člověka paralyzuje, odcizuje jej nejenom společnosti, ale zasahuje především oblast vztahů s těmi nejbližšími. Člověk je tvor společenský, který se bez možnosti volby rodí do tohoto světa. Nevybíráme si rodinu ani prostředí, ve kterém vyrůstáme. Cílem této práce bylo ukázat, jak se psychopatologie, konkrétně schizofrenie, promítá do rodinných vztahů. Psychická nemoc má v některých ohledech jiné charakteristiky, než nemoc somatická. Tělesnou bolest zažil každý z nás, psychické většina z nás nerozumí. Rodina, která je zasažena psychickou nemocí, reaguje různými způsoby. Je důležité, aby jí byla poskytnuta podpora – nejenom kvůli dotyčnému, který se s nemocí vypořádává, ale také kvůli ostatním členům. Rodinné klima je jedním z faktorů, které ovlivňují úspěšnost léčby. Špatné sociální prostředí, jako následek nemoci jednoho z členů, může u dalších členů podnítit problémy psychického a sociálního rázu. Mělo by být v zájmu společnosti postarat se nejenom o nemocné, ale i v podobě preventivních opatření pracovat s celým systémem rodiny. Tato péče by měla být stěžejní tam, kde vyrůstá dítě a kde jeho rodičem je psychicky nemocný člověk. Je zřejmé, že některé následky nemoci nelze změnit či potlačit, minimálně se však může pracovat s rovinou vztahů, percepcí a přijetím nemoci blízkými. Kdyby měla Paní J dostatečnou péči odborníků a některý z nich by věnoval pozornost jejímu vztahu s matkou, nemuselo by dojít k takovému poškození základní vztahové roviny. Rodič, jehož vnímání, chování i hodnoty života jsou pokřiveny, naváže velmi těžko - bez odborné pomoci, s dítětem v pozdějších letech adekvátní vztah.

Zajímavým pohledem by mohla být komparace s další rodinou, srovnání přístupu k nemoci a podpory členů rodiny. Porovnání léčebné intervence a to, zda někdo z odborníků, popřípadě jak, spolupracoval s rodinou. Do jaké míry je směřodonné, jaké role člověk zastával, než u něj vypukla nemoc? Dokážou si pacienti, i přes své psychické problémy, najít partnery a je běžné, že si své stálé udrží? Pracuje současná psychiatrie s pacienty i jejich rodinami? Je taková praxe oproti minulým létům běžná? Odpověď na některé otázky bych pravděpodobně získala, kdyby byla možnost udělat rozhovor s matkou Paní B. Vzhledem k tomu, že dcera Paní B byla v době matčiných největších psychických problémů malé dítě, neexistuje nikdo, kdo by mohl podat v tomto ohledu reálnou výpověď.

Je možné, aby matka, která má paranoidní schizofrenii, byla bez pomoci okolí dobrou matkou? Je určující v jakém věku matky zasáhne nemoc do tohoto vztahu? Je tento vztah negativně poznamenán nemocí, nebo tím, jaká je osobnost matky, po stránce charakterové?

Přenáší si jedinec, který zažil velmi těžké dětství, pokaždé špatné výchovné stereotypy a zvyky do své nové rodiny? A co tedy ovlivňuje, zda tak koná?

Domnívám se, že v mnoha případech, se dá závažné onemocnění v rodině překonat – je nesmírně důležité, v jakém prostředí pacient žije. Zda má kolem sebe lidi, kteří jej dokážou podržet. V případě, kdy v takové rodině vyrůstá malé dítě, a nemoc zasáhne v době, kdy rodič přestává být schopen postarat se o něj, nastupují ostatní, kteří přebírají výchovu. Následky nemoci jsou zcela jistě menší tam, kde má pacient nižší odpovědnost.

Dále se ukazuje, že je potřeba na každý případ nahlížet individuálně, nemoc člena rodiny znamená pro každou rodinu jiný zásah. Z toho vyplývá, že vyžaduje poněkud jiný přístup, jinou péči. Bylo by dobré, pokud by se dalo vycházet z preventivních opatření – tam, kde se vyskytuje psychopatologie, automaticky začít pracovat s rodinou – to vyžaduje dostatek kvalifikovaných odborníků, kteří jsou schopni včas podchytit důsledky nemoci, kterým lze vhodnou péčí předejít.

Použitá bibliografie

BAŠTECKÁ, Bohumila; GOLDMANN, Petr. *Základy klinické psychologie*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2002. 436 s. ISBN 80-7178-550-4.

BOUCHAL, Milan, et al. *Psychoterapie : sborník přednášek*. 2. Praha : Triton, 1997. 275 s. ISBN 80-85875-40-3.

FONAGY, Peter; TARGET, Mary. *Psychoanalytické teorie : perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 398 s. ISBN 80-7178-993-3.

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2004. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2., aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2008. 407 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan; ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. Praha : Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

Kalina, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Praha : Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Vyd. 5. Praha : Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.

LANGMEIER, Josef; KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. 4. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9 .

MENTZOS, Stavros. *Dynamika duševní nemoci*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-992-5.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MKN - 10 : MEZINÁRODNÍ STATISTICKÁ KLASIFIKACE NEMOCÍ A PŘIDRUŽENÝCH ZDRAVOTNÍCH PROBLÉMŮ. In. aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2009. Praha : Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2009 [cit. 2010-04-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/mkn.pdf>>. ISBN 978-80-904259-0-3.

Motlová L, Španiel F, Vaňurová I, Klaschka J. Rodinná psychoedukace u pacientů s první atakou schizofrenie. *Psychiatrie* 2001;5 (Suppl.3) : 37-39.

PLANTE, Thomas G. *Současná klinická psychologie*. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2001. 444 s. ISBN 80-7169-963-2.

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy : klasifikace, diagnostika a léčba*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 413 s. ISBN 80-7178-997-6.

RABOCH, Jiří; ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha : Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

RŮŽIČKA, Jiří, et al. *Psychoterapie : sborník přednášek. 1.* Praha : Triton, 1996. 234 s. ISBN 80-85875-16-0.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha : MAXDORFJESSENIUS, 2002. 506 s. ISBN 80-85800-33-0.

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2001. 173 s. ISBN 80-7178-559-8.

SVOBODA, Mojmír; ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie : pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2006. 317 s. ISBN 80-7367-154-9.

Vágnerová, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Základy psychologie*. Praha : Karolinum, 2004. 356 s. ISBN 80-246-0841-3.

VAVRDA, Vladimír. *Otázky soudobé psychoanalýzy : tradice a současnost*. Vyd. 1. Praha : Nakladatelství Lidové noviny, 2005. 223 s. ISBN 80-7106-672-9.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2000. 263 s. ISBN 80-7178-291-2.

WATZLAWICK, Paul; BAVELAS, Janet Beavin; JACKSON, Don D. *Pragmatika lidské komunikace : interakční vzorce, patologie a paradoxy*. Vyd. 1. Hradec Králové : Konfrontace, 1999. 243 s. ISBN 80-86088-04-9.

ZEIG, Jeffrey K., et al. *Umění psychoterapie*. Vyd. 1. Praha : Portál, 2005. 710 s. ISBN 80-7178-972-0.

Přílohy

Rozhovor s Paní B

Vzpomínáte na své dětství?

Jo, vzpomínám si, když byly Vánoce, tak k nám přišla paní Bažantová s manželem, on byl dříve kněz a byl jako s jedním pánem, ten pán Bažant se jmenoval, jo a byl v Medvědovej rodině. Ten Mareš byl nějakým advokátem a toužil se s nima dorozumět, co je hezkýho a zamilovala se do něho ta Lída, která chovala děti a měla je strašně ráda a pak se zamilovala do toho pana Bažanta a říkala, vždyť víte, že sem vás měla vždycky ráda a opravdu se do něj zamilovala a vzala si ho za manžela.

Ale stalo se nám, když byl večer štědrovečerní, moc ráda na to vzpomínám, protože byly, jako stůl byl plnej dobrýho jídla, dostala jsem pod stromečkem pěkný dárky a normálně paní Bažantová dala naší mamince mejdla saharu 3 nebo 2 a dopisní modrý papíry, jako dopisní papíry a pan Bažant dal mamince 2 stovky a bylo na tý obálce napsáno, jak jí dává ty stovky a že je jí příjemný se s nim bavit a říkala pani správcová, to je moc dobré, dostala taky dort on a měli se dobře, tak na to moc ráda vzpomínám, bylo teplo a už se k tomu nikdy nevrátím, protože maminka už zestárla a když už byla dost stará, na nic nepomýšlela o tom, že by byly nějaký Vánoce, prostě seděla v klidu, jako by se nic nestalo a ještě ty večere za nic nestály, protože jsme kupovaly vlašskej salát a byl přesolenej, tak to jsem se hrozně rozčílila a nebyla jsem k ničemu.

A proč jste nebyla k ničemu?

No, proč jsem nebyla k ničemu??

Nebo proč jste se rozčílila? Kvůli tomu, že Vánoce nebyly jako dřív, když jste byla malá?

No, no jak mi bylo dobře, to máte pravdu, jo jo.

Kolik vám bylo let?

To mi bylo 8 let, hrozně ráda na to vzpomínám a mluvili jsme o tom i s Věrkou (kamarádka, známá), která ke mně chodí a ona mi přizvukovala, že to bylo jenom jednou za rok a svědkové Jehovovi si dávají dárky celý rok a nebyla to pravda.

Co nebyla pravda?

Že si dávají dárky celý rok.

Říkala jste, že jste se nějak rozčílila...

No, protože neměli jsme lednici, ta lednice už byla poškozená, Lída (její starší sestra) jí nechtěla, tak jí strčila mámě a ta taky přestala fungovat, takže jsme vánočního kapra máčeli ve vodě až na štědrý den na večer. Mělo to hroznou ošklivou chuť a ten salát byl přesolenej, to mi taky nechutnal. Tak to byly jediný hezký Vánoce, když tu byla paní Bažantová.

A jinak jsem nepoznala v baráku žádný lidi, který bych oslnila, že se mi strašně líbili. Paní Bažantová byla výborně oblečená a moc jí to slušelo. Takže sem jí říkala, že vypadá, jako madame rokoko a ono jí to dělalo dobře a říkala, ta má vkus! A jinak jako vládla módně, nosila plisovanou sukni a měla nylonovej červený pásek a bílou blůzu a měla kočárek, takže s ním chodila ven s tím dítětem. Jeden se jmenoval Pupusek a druhý po manželovi, ale nevím, jak on se jmenoval, ten její manžel.

Kdy jste začala cítit něco neobvyklého? Kdy se objevily první problémy?

To se maminka se mnou měla normálně jít k doktorovi, ale ona strašně nenáviděla doktory, a když byla mladá, měla hrozně těžkou nemoc, měla angínu a ležela v malý stodůlce na slamníku a tam měla mlíko, ale nebylo dobrý to mlíko, bylo asi starý, no. Tak s tím se živila celý den, až z toho vyšla z těch bolestí.

A psychické problémy?

Já jsem měla, když jsem byla malá, od malička strašnej tlak a za každou cenu jsem si musela zapsat svoje myšlenky a ty myšlenky mě pronásledovaly pořád a nakonec matka na mě zařvala: teda ty se budeš vdávat, kdy to bude, já tě roztrhnu jako hada. A když k nám přišel Josef (v současné době bývalý manžel), mně už bylo 23 let – už

byl nejvyšší čas, abych se vdávala, tak maminka říkala – tak já vám zaplatím svatbu a vezměte se, budete lepší živi.

A to už jste tedy měla problémy předtím, než jste se vdávala?

No to mně na chvíli přestalo a pak se to vrátilo a Josef ležel na kanapi, a když viděl, co píšu, tak si toho nějak všimnul a zeptal se doktora, co to znamená. A doktor mu říkal: to jste špatně informován, to je psychiatrie a tak jsme se hned rozešli. Hlavní věc, že jsem měla dcerku, tu jsme vychovaly s maminkou a nestěžuju si na nic, bylo mi dobře, že mám dítě.

Kdy tyto problémy začaly?

V době, kdy jsem chodila na osmiletku, do školy. V noci jsme měla strašnou bolest vzadu v hlavě, strašný píchání, jako když vám projede mozkiem žhavar drát, šla jsem k doktorovi a naše matka byla proti tomu, aby mě vyšetřoval nějaký doktor, nechtěla za mnou chodit do Bohnic, tak proto, že mě vyřadí mezi postižený, chtěli – to víte, venkovská holka, musela těžce pracovat žádnou kulturu neměli, ani věno jí matka žádný věno nedala – spíš chtěla, aby jí koupili kafe a rum...takže ona to takhle dělala.

Co to bylo za myšlenky, které vás nutily si stále něco psát?

Normálně, když s vámi mluvím, tak to byly myšlenky, jako když učitelka na tabuli něco píše...nebo když vysvětluje něco z mapy, tak za každou cenu se mi vracely ty myšlenky a zaplat' pán bůh, ať to skončí, to bylo v tom roce, nevím v kterém, ale učitelé mě měli rádi, ale učitelky si ze mě dělaly legraci.

Proč?

Ten Novák říkal: já jsem na tebe měl takovýho zdraví a svěžesti, takový chvály jsem na ní měl a říkal to před celým sborem, před celou třídou a já jsem se ho chtěla zeptat, o co jde, ale neměla jsem na to odvalu.

Vyskytl se ve vaší rodině další problém?

Ne ne, Jana (sestra) byla normální a Jitka (sestra) byla taky celkem normální, když vystudovala, tak měla 2 čtyřky a s tou Otkou, když kamarádila, tak ta měla 1 čtyřku.

Podpořila vás rodina, podpořila vás matka?

No, tak ona snad něco cítila, že není v pořádku, měla sice zlost, že jí nedávám moc peněz, ale nechala mě a já jsem si koupila, co se mně líbilo a na co jsem měla. Tak jsem měla boty – lodičky, měla jsem kabelky, hezký a z toho jsem se těšila, i když jsem byla sama s dcerkou.

Říkala jste, že po tom, co váš bývalý manžel zjistil, že jste nemocná, psychiatricky, tak vás opustil?

Ano, ano

Jak jste to zvládala?

Já jsem se opírala o maminku, protože Josef říkal, já si to dítě vezmu a nemusíte mít starost – on chtěl vychovávat dcerku. No, ale jejich rodina byla tak strašně chudá, že neměli co jíst, tak já jsem se bála o dcerku, tak tu jsme vychovávaly společně s maminkou.

Co vám přineslo mít svojí vlastní rodinu, dcerku – změnil se pak váš život?

No, nepozorovala jsem to.

Co pro vás znamenalo mateřství, nestarat se jen sama o sebe, ale i o někoho druhého?

Bylo to pro mě moc těžký, ale dcerku jsem měla ráda, tak jsme se spolu pobavily, jak jsem mohla.

Říkala jste, že s výchovou dcery vám pomáhala matka...

No, to bylo horší, protože ona byla z venkova a byla strašně hrdá na to, že umí vyprat dětský pleny. Takže já jsem o tom nemluvila a všechny ty pleny jsem vydřela rukama, vymáchala, vyčistila mejdlem a doktorka i sestra se koukaly na mě blbě, že se starám o sebe a dítě nechám ladem. A to mě rozrušilo, protože ty mámy měly všechny ty pleny bílý a já je měla béžový, protože když to bylo pročůraný a prokakaný, tak přesto, že jsem to toaletním mejdlem mydlila a dřela v ruce, tak jsem to neměla takový, jako kdybych to strčila do prádla.

Jak byste hodnotila svou výchovu?

To bylo ubohý, protože táta nechtěl být v Bohnicích, nadával na mámu a ta už ho nechtěla chodit navštěvovat, tak chtěla, abych tam za ním chodila já a to nebylo hezký.

Vrátíme se zpátky k vaší dceři, cítila jste se líp po tom, co se narodila?

No, já jsme se cítila šťastná akorát tejden, než jsme se vzali s Josefem. Já jsem měla volnost jako si koupit, co potřebuju a nikdo mě neditigoval ani neplácal. Takže jednou jsem to vyzkoušela, takže jsem mamince dala 700 korun a potom, když jsem od ní něco chtěla, tak udělala na mě helée... tak jsem řikala, ta její sestra Bětko byla nejlepší ze všech 5 dětí ale řekla, to helée přesně podle tý Bětky, tak já jsme už od ní nic nechtěla a těšila jsem se z toho, že jsem se cítila šťastná hlavně proto, že mě nikdo nekritizoval, nenadával a že jsme žila v klidu.

Myslíte si, že kdybyste měla svojí volnost, dostatek peněz, že byste se cítila líp?

No já jsem cítila šťastná tejden, než jsem si vzala Josefa, ale hned druhý den po svatbě jsem cítila, že budu jako otrok. Tejden jsem byla s dcerkou sama, totiž rok jsem byla doma, když se mi narodilo to mimino, a potom on zařval, že musím chodit do práce a řikal: podívejme se, ona se ona to neví, ona nechce poslouchat, tak to mi taky nesedělo. Byla jsem v mrazárnách a tam, jak se dávají do igelitu ty masa, tak všechny prsty jsme měla poškrábaný od těch kostí a to bylo na běžícím pásu a pak se to dávalo do příhradek a z toho házení se to potom dalo do velký nádoby, do kontejneru a normálně se to posílalo dál.

Když jste sama měla vlastní rodinu, změnil se nějak pohled na vaši matku?

Ne, ona má hrozně ráda děti, takže řikala, já si ji vychovám podle svýho, no a vždycky, když chodila do školy, když byla zima, tak šly tou nejkratší cestou a maminka řikala: já to je legrace, já sem měla tu tašku, ona mně upadla, a když jsem byla nahoře, tak jsem musela znovu dolů, pro tu tašku a teprve potom se zpamatovaly obě, když šly do té školy. A navečer, když už bylo po doučování, tak je učitelka pustila a dcerka šla naproti, protože jsem tam byla já anebo babička, aby tam nebyla sama.

Jaká pro vás byla výchova dcery?

No, bylo to pro mě těžký a pro dcerku taky, protože dospívala a chtěla mít dítě a chtěla se vdávat a David (nyní bývalý manžel její dcery) byl na stadiónu, tak já jsem jí koupila hnědý botasky, tak ona je měla a hezkej hnědej kabátek a hrdě šla k tý Daně, (nyní bývalé švagrové) tou ulicí – normálně šla s ní jako hrdě, že se jí podařilo, že má dítě. Měla to dítě jako lepší lék.

Proč myslíte?

No, protože měla hezký oblečení a kočárek měla v ruce.

Jak se měnil vztah s dcerou, když dospívala?

No, já jsme s ní moc nemluvila, právě s dcerkou. Jestli byl můj vztah lepší?

A proč jste s ní moc nemluvila?

No, ona chodila jen za maminkou. No, a když jsme se měly odstěhovat, teda chtěly jsme mít nějakou dovolenou, tak maminka si vzpomněla ze svých 5 sester, že půjdeme do Šluknova. Tak já jsem s tím souhlasila, no a tam to nebylo hezký – byla tam jako špína, pálivý slunce a nikde než jen nějaký jezero a tam bylo spoustu lidí, přesto se tam ovlažovali a bylo tam bahno a já jsem se o tom chtěla přesvědčit, tak jsem stála na takovém kameni a ten proud toho svinstva šel nahoru a sotva jsme přijeli domů, z toho Šluknova, tak jsem onemocněla, měla jsem už v sobě ten bacil angíny. A to jsem jako vyléčila dobře. Doktor mi říkal, aby se mi to nedostalo na srdce, nechala jsem si vyoperovat mandle a pak už jsem angínu neměla, teďka jsem byla nemocná minulý týden,...(začne povídat o svých současných zdravotních problémech).

Říkala jste, že jste bydlela se svojí matkou, to znamená, že dcera musela chodit i za vámi, nebo?

No to jo, no, tak jsme žili jako rodina.

A co váš osobní život?

Jo, tak já jsem chodila v tom VPU (místo, kde pracovala) a měla jsem tam kamarádku, která se jmenovala Věra, a ta si udělala svojí práci a utíkala se bavit a já

jsme ještě práci měla pozadu, a když pro mě přišel ten kluk, s kterým jsme chodila... Chodili jsme spolu, to jsme na tom byli dobře, dali jsme si vždycky schůzku u dětského domu a oni oba ty kluci měli kornoutek čokoládových bonbónů, tak to jsem ráda přijímala a hezky jsme se bavili. A chodili jsme tančit a bylo to moc hezký a potom jsem mluvila s tím druhým, ona se mu Věra hrozně líbila a on to říkal, ten úkolář mně, my jsme měli svoji kancelář.

No, tak jsem se dozvěděla od té jedné holky, co s náma rýsovala, cítila se taková jako jí bylo, jako když někoho chceš shodit, protože ona říkala: já holky, tam to bylo (protože ona byla na rekreaci) krásný, že dostala od nějakého doktora pusy a že dostal za to hned facku, co si to dovoluje a přátelé jí říkali, ať se od něj nechá celá prohlídnout a ona do toho neměla žádnou chuť a potom jí prohlídnul a opravdu se rozešli no a to se mně stalo v mládí. Teďka ještě já jsem chodila hezky oblečená, jeden inženýr řekl, tahle slečinka, kdyby měla hodně peněz, ta by věděla, jak se má oblíknout,..jo, tak to byla taková legrace...

A to bylo všechno před tím, než jste byla vdaná, pak jste do práce nechodila?

No, to jsem byla v těch mrazírnách.

Potom jsem dělala, jak dělají kytičky, to jsem dělala u pana..., ale od 7 se dělalo a to jsem měla lopatu, velkou a ryla jsem do půdy. Přehazovali jsme tu půdu rejčema, a když pršelo, tak jsme se chodili schovat do příbytku toho našeho vedoucího.

Měla jste nějaké další blízké?

No, já jsem byla oblíbená, ale divila jsem se tomu, že jsem dostala málo dárků, když si udělali večerního Mikuláše třeba nebo Vánoce a tadle holka, moc jsem s ní nemluvila, jak ona se jmenovala, na to si nevzpomenu a dala mi najevo, že o tom milým něco ví, aby si nemyslela, že bude ponížená v mých očích, tak mi řekla, že něco na toho kluka ví, řekla, že měl pohlavní nemoc a já jsem to nevěděla, tak jsme mu hned řekla, co jsem se dozvěděla a on, od koho to znáš, kdo to řekl a já jsem říkala, že ne, takže byl spokojenej, ale já jsem si myslela, že kdybych si ho vzala, že bych měla ještě slepý dítě, že ta pohlavní nemoc, nevím, jaký to jsou příznaky.

A on se vám nějak dvořil?

No, byli jsme jednou na plese, měla jsem krásný bílý šaty saténový, nový....

A po té době, co jste se rozvedla?

Když jsem byla rozvedená, to už jsem neměla žádný vztahy, to už jsem si žádných chlapů nevšímal a oni mě taky ne. Už mě to nebavilo.

A co váš psychický stav po rozvodu?

Jo, to bylo vždycky, že mě maminka zachránila z toho nejhoršího. Říkala: prosimtě, já se budu starat o dcerku. Ona neměla chudák nic, než toho tátu našeho a ten si myslel, že dostane první poslední, když si mě zamluvila a dokonce že na tom bude moc dobře a to taky byl, maminka mu dávala hodně jídla.

A on se nějak staral o dcerku?

No, tak koupil si fotoaparát, a když jsme se rozvedli, tak dcerka byla ve Stromovce a on taky a on jí vyfotil.

A její děda (váš otec) se nějak staral?

Ne, ten se strašně bál, aby ho nedali do Bohnic znovu. Vyšel jenom na zahradu a my jsme s ním neměli dobřej vztah, jako aby byl kamarádskej. On pořád říkal, já jsem měl 21 tisíc a ty si měla hovno. To říkal mamince, víte, a že taky nevěděla, co má dělat – šla do koupelny, tam plakala. Měla taky svoje těžkosti, musela se starat o celou rodinu, hlavně o peníze a mý sestře kupovala každej rok nový šaty a na nás zbylo, jen co jsme dostali od pani Bedřichový, dostávala od ní šatstvo.

Říkáte, že se svým otcem jste moc nevycházela?

Ne, on když byl normálně v kšeftě, tak ten vedoucí se s nim měl dělit o peníze, který dostal. No, a teď nevím, co jsem chtěla říct.... On strašně řval, až se celej barák rozechvěl a říkal: já jsem slušnej člověk, já jsem zdravěj člověk a mám hlas jako zvon.

A proč řval?

No pro maličkosti, on si něco někam dal, potom to nemohl najít, sváděl všechno na nás a my jsme mu nic nemohly říct a on říkal furt jedno a totéž – vy jste mě vykradly, vy jste mi ukradly peníze, vy jste mě...nechtěl říct, neměly rády, ale nebyla to pravda, ale opak – on nás neměl rád, že jsme se narodily, on nechtěl,

abychom se narodily. No a maminka byla hned v jinym stavu a musela se o všechno starat sama a neměla peníze, tak chodila uklízet a mejt okna těm milostpaním a hlavně na faru a já jsem měla vztek, že jí farář tak hrozně chtěl povýšit, ale pro sebe, že ona mu pere a tak, aby na ni nenadával, tak když kosila trávu, farář utíkal k ní, dával jí dorty a říkal paní, nechte všeho a honem utíkejte domů a tady máte dorty. Měl strach, aby na něho nenadávala.

Obrátila jste se někdy na nějaké lékaře? Absolvovala jste nějakou léčbu?

Byla jsem v psychiatrický léčebně a to bylo těsně po vdavkách. Bylo toho moc, všechno najednou, měla jsem poruchy spánku, (začne vyjmenovávat prášky.)

A prášky vám pomohly?

Ano ano, беру je, jak jsem se vdala, tak potom roce 1962.

Kolikrát jste byla v psychiatrické léčebně?

Byla jsem tam třikrát, první po svatbě a pak krátce. Já jsem tomu Vaškovi (známý, vzdálený příbuzný) půjčila rýsovací soupravu, chtěl si tu rýsovací soupravu nechat, tak jí polil, tuží. A o tom jsme nemluvili a já jsem si na to vzpomněla, jako na hezkou vzpomínku, že jsem toho jednoho inženýra měla moc ráda a že je to od něj, tak aby mi tu rýsovací soupravu poslal, a pak jsem to říkala matce, ta se chytla za hlavu, že dělám nepříjemnosti, že oni od nás nic nechtěj, tak to byly takový hloupý konflikty.

A druhý pobyt byl kdy? A třetí?

Žádný nebyl...nebo to bylo asi jen na chvílku. A potom mě pani doktorka vyléčila, brala jsem strašně moc leků a nutila jsem se sama do spánku, protože ty, který nešly, tak usnuly snad na věky, takže to byla strašně silná harmonie, takže jsem usnula. Měla jsem otevřený okno, moc dobře topili, takže jsme museli mít, no a usnula jsem. Ráno byl budíček v půl 7. a honem jsem musela na byt, kde byli ještě druzí a cvičili jsme a dělali jsme všechno možný, abychom se dostali do pohybu a nebyla jsem sama, museli jsme se podepisovat na lejtro, kdo tam všechno byl a to si potom přečetla doktorka, kdo tam všechno byl, a řídila, jak má normálně existovat muž nebo žena. A muži byli zvlášť a děvčata taky.

Naposledy jsem byla 1978 a od té doby se nic neukazovalo, po tom mém manželovi se mi vracelo to, co mám napsat, jestli jsem něco nezapomněla, tak jsem si pořád psala něco, a on co to pořád píšeš, řval na mě a vytrhl mi ten lístek z ruky a říkal, teďka se půjdu zeptat k doktorovi, co s tebou je a jestli je tohleto normální. A doktor mu řekl, to jste se asi špatně informoval.....no a jak to začalo, tak jsem byla v Bohnicích, ale nebyla jsem tam spokojená, protože se moc vařilo a muselo se to všechno sníst, já jsem strašně moc rychle přibývala. No a potom za mnou chodila máma a ona měla předsudek v tom, že všechno se samo zahojí a že doktora nepotřebuju a už tam nechodila. A nosila mně acidofilní mlíko, to jsme vypila, celou lahev hodně a hodně jsem cvičila.

Co vám nejvíc pomohlo při léčbě?

no, já jsem začala koktat, já jsem neměla žádnou příležitost, protože táta byl nervově nemocnej a já jsem to určitě po něm zdělala, takže já neumím promluvit. Takže já jsem se nemohla soustředit na to, co dělám – číst, nebo tak. Abych do hlavy dostala prostě tu myšlenku, hlavní, co bylo v té knize obsažený. Nesoustředila jsem se a pak si mě vzala jedna holčička na starost a ona mi podtrhala všechno, co jsem měla v dějepise jako hlavní myšlenku a já si to četla každý den, celou tu podtrhanou knihu dějepisu, opakovala každý den 2 hodiny a říkala jsem si to pomalu a dobře jsem udělala, takže jsem to pak udělala na 1.

Co vám nejvíc pomáhalo v době, když jste se necítila dobře?

Maminka říkala, já jsem strašně šťastná, že jsem zase doma a říkala, zaplat' pán bůh za domov, ať je jakýkoli, takže jako říkala, že by za mnou nemohla pořád chodit a nosit mi acidofilní mlíko, že jí to vyčerpávalo, takže po tom, když už to trval dýl a nebyla jsem na psychiatrii a přestala jsem chodit na ty ničemný pohovory, to bylo když byli pacienti trochu zdravý, tak si je doktor Kocourek vyzvednul a chtěl, abych se s ním bavila a podle toho, jak se s kým bavil, tak zjišťoval, jestli ty prášky působí nebo ne a to bylo všechno.

A vám to nevyhovovalo?

Ne, já jsem tam prosimvás, jeden chlap se mi strašně dvořil a já jsem měla úplně cvokatou hlavu, myslela jsem si, že se mi to zblázní, že s ním nemůžu mluvit, že mi furt nadbíhá. Tak jsem šla na pedikúru, otočím se a vedle držel kapesník na puse a

šel si svou cestou. A ještě normálně, když on se cítil jako na tom lepší, tak já jsem řekla, máme tady jedinýho muže, ať je našim králem, tak on se podíval na sestřičku, pak na mě a zazářil. Už sem potom nevěděla, co mám dělat. Byla jsem ráda, že paní doktorka, tak ta byla v jinym stavu a 3 roky byla doma, tak ji zastupovala jiná doktorka.

A co s tím mužem, který vám nadbíhal?

Nic, tam chodily ženský v hadrech a já jsem tam byla normálně, nebyla jsem otrhaná, byla jsem hezky oblečená, takže on si mě všimnul a já si ho vzala do hlavy, všechno jsem sledovala, co on říká a abych snad si ho všimla, když přišel pozdě. Ještě někdy, už tam nechodím, ale ještě se mi zjevoval sám. A čeho jsem si všimla, že chodil tou cestou, co jsem chodila za maminkou a od té doby jsem ho neviděla, ale viděla jsem ho před měsícem, ale říkala jsem si, že se mu radši vyhnu, protože by se shodil. Neměla jsem ho ráda, on se mi zjevoval celkem často, teďka nevím, co dělá, k doktorovi chodím, když mi něco je, jinak se neukazuju.

A myslíte, že to má nějakou souvislost s vaším psychickým stavem, jak často se zjevuje?

No já dělám, co mužů, aby sem s nim neměla nic společného, držím se pani doktorky, ta mi napsala rivotril...(povídá o práscích,...)

Které okamžiky svého života považujete za nejdůležitější?

No, jak když jsem chodila do školy, když byly prázdniny, tak na tý Šumavě byly borůvky a my, když jsme tam chodili na ty borůvky, tak pak jsme je prodávali a když jsme měli peníze, tak jsme si koupily šaty a to bylo pro mě hrozně příjemný, když začínal nový školní rok a já měla nový šaty.

Ještě něco dalšího?

No, tak já se snažím, abych toho chlapa nepotkávala, jinak se mi zase vrátí všechno, co bylo a byla jsem celá rozrušená a já jsem mezitím říkala, než jsem se vdala, byla jsem strašně zamilovaná do jednoho inženýra, ale on by si mě bejval nemohl vzít, protože já jsem neuměla mluvit. Jinýho jsem si mohla vzít – nevím, jak se jmenoval, ale vyzdvihl mě na židli nahoru a divila jsem se, že se fyzicky tak namáhal, ale já jsem nemohla mluvit, neuměla jsem se bavit s mužským, ale tenhle chlap by si

mě bejval vzal, byl hezkej a obdivoval mě. (A začne povídat o někom, kdo jí nabízí zákaznickou kartu v supermarketu.)

Já jsem si kupovala lux na koberec, a on to by měl kupovat manžel...on šel, i když přišlo, tak se zastavil a koukal na mě, a když jsem se přiblížila, tak se otočil a šel svojí cestou. Tak já sem na něj takhle myslela, hloupě.

Je něco, co byste změnila?

No rozhodně, já jsem byla zamilovaná do toho jednoho inženýra, chodila jsem do přípravy a myslela jsem, že z toho normálně vyjde a že se budu učit, abych všechno dohonila a on mi řekl, no dobře slečno, ale musíš pro to něco udělat a on se na mě Josef pořád díval, až mě pozval na večeři, on měl zlé oči, tak jsem s ním nakonec šla a do ty doby, jak skončilo vyučování, tak jsme s ním šla ze školy až k nám domů, až jsem si nemohla vzpomenut, co jsem s ním dělala.

Chtěla byste něco změnit? Co by to bylo v případě, že ano?

No já nevím, kdybych, tak bych byla bez chlapa v první řadě, bez toho Josefa a hleděla bych si svého, co by šlo.

Co pro vás znamená rodina nyní?

No, mám se dobře, chodím na procházky, chodím za svou dcerou a vnoučaty, aby mi daly jídlo, to sním a jsem celkem spokojená.

Rozhovor s Paní J

Vzpomínáte na své dětství?

Když mi byl asi rok a půl. Byla jsem na gauči v pokoji. Byl tam se mnou otec, měla jsem panenku a nějaké nádobíčko, pak se objevila matka a něco se stalo, nevím, asi mi vzali hračky. Brečela jsem a otec mě fotil.

Jak byste hodnotila svou výchovu?

Ani nevím. Babička dělala určitě všechno, jak nejlépe sama myslela, byla už stará, hlavně unavená životem. Rozhodně mi chyběla výchova ve smyslu, jak má být.

Když se řekne máma, co se vám vybaví?

Vůbec nevím. Byla jako nevšimavý duch, který se uzavíral sám do svých pocitů. Jako malá jsem měla pocit, že nikomu nepatřím, že mě nemá nikdo rád. Byla jsem v jeslích a ve školce zakřiknuté dítě, jak si matně vzpomínám. Máma v pravém slova smyslu pro mě neexistovala.

Jaký jste s matkou měly vztah?

Jakoby žádný, jako matku jsem ji nevnímala - byla vedle mě, ale vychovávala mě babička, a pokud tam matka byla, tak spíše jako moje sestra. Na rodičovský schůzky chodila babička, ona vůbec ne, ale to bylo to nejmenší, co by mě mohlo trápit. Ze začátku jsem měla hrozný problémy, asi ve třech letech mě odvezl otec ke svým příbuzným, nechal mě tam, vrátil se do Prahy, měla jsem pocit, že k nikomu nepatřím, byla jsem tam bezprizorní a izolovaná. Všichni odešli ráno na pole, nechali mě se psem a s tím jediným jsem komunikovala. Mluvili slovensky a maďarsky, což bylo pro malý dítě dost obtížný. Byla jsem tam rok, v tomhle roce byl 86. a matka z otcovy strany mě honem rychle sháněla, že se objevily tanky, kde jsem - to pak utlo a nejednou jsem se ocitla v Praze, šla jsem do první třídy - měla jsem problémy s lidma, s komunikací, protože jsem byla furt sama se psem. Mezitím mě táta přivedl do Prahy, bral si zrovna novou ženu, která mě totálně nenáviděla, čekala svého prvního potomka a mě mlátila. V prvním pololetí jsem skoro propadala, ze všeho

jsem byla strašně vyjukaná, no a babička se dozvěděla, že jsem mezitím v Praze a začala za mnou chodit do školy, čekala na mě a začala rozebírat souvislosti, aby mě mohla dostat nazpátek do péče - asi díky ní jsem nakonec nevyrůstala v DM, ona udělala, co mohla - ale,... byla v 50 letech sedřená a vyrůstala v úplně jiném prostředí, jako dítě. Pak proběhly soudy a získala mě do péče, to trvalo asi rok, ty tahanice.

Vnímala jste jako malá, že se něco děje, jak jste tomu rozuměla?

Kolem mě se děly samý nenormální věci, takže jsem nedokázala posoudit, co je a není normální. Až v dospělosti jsem začala chápat, o co byl můj svět v dětství jinej, než je normální. Včetně dědy, kterej nebyl normální – matka je proti němu totální svatoušek, výbuchy hněvu, agresivní nadávky po celém baráku,... Na babičce byla tíha celé domácnosti, byl to primitivní člověk bez nějakého vzdělání. Nedostatek porozumění, lásky a péče, z toho jsem se musela dostat sama, i teď možná vidím věci trochu jinak.

Když byla vaše matka hospitalizovaná, chodila jste ji navštěvovat?

Byla každou chvíli v Bohnicích, měla za sebou asi 2 pokusy o sebevraždu, další věc je, že byl kolikrát v Bohnicích hospitalizovanej i děda - babička pendlovala mezi nima a já na ni čekala třeba v čekárně, ve dvoře - děti tam nesměly. A když jsem byla větší, ani jsem tam s babičkou nejezdila.

Registrovala jste nějaké pozitivní změny? Jestli ano, jaké?

Pozitivní bylo, že když jsem byla starší, tak mě brala teta na prázdniny, byla jsem s její rodinou na dovolený na Rujáně, v Jižních Čechách,...

Jediné kladné, že jsem nevyrostla v dětském domově a otrlost, až negativní citová - že je člověk až moc tvrděj, což vlastně není výhra.

Když jste byla starší, zajímala jste se sama o to, co je to za nemoc, která způsobila takové chování?

Ne, když jste v tom odmala a máte to ve dvojím podání, tak je vám to úplně fuk, máte to kolem sebe furt a snažíte se z toho vymanit, připadá vám to tak normální, že

po tom ani nepátráte. V té době se o tom navíc ani nemluvalo, prostě duševní poruchy, nic víc.

A co váš osobní život?

Vystudovala jsem odbornou školu, přitahovala mě estetika, řemeslné práce a malování, v rámci studií jsem se poznala s otcem mých dcer. Únikem z rodiny byla brzká svatba, chtěla jsem vypadnout - vždycky jsem hledala cestičky, jak bych se mohla mít líp. U mého manžela mě imponovalo to, že i když měl rodinu, dobrou, byl nezávislým, rebelem.

Většina dcer pochopí smysl a úděl mateřství tehdy, když se stane matkou...aneb: počkej sama, až budeš mít vlastní děti...=> změnil se nějakým způsobem váš pohled na mateřství, roli matky?

Jo, postupem se její stav docela zklidňoval, začala více vnímat svět kolem sebe, byla víc adaptovaná do normálního života, hormony přestaly víc pracovat a tělo bylo přizpůsobenější. Jinak pohled na ni se nezměnil, asi je to stejný, nemůžete svět přetvořit - nemůžete cítit mateřskou lásku, když jste ji nikdy necítila.

Vůbec matce nic nevyčítám, neobviňuji, protože ona za nic nemohla - ale otec, prvopočátek toho zla, za to, že jsem nikomu nepatřila, citovou dysbalanci - nemusela jsem mít takový šoky, že jsem něco kreslila, někdo mě vlácel po soudech, tyhle eskapády, to že byl zdravý člověk, ale sobec a způsobil to, co způsobil...

Co si pamatuju, když se v ní probudil cit, jako by si něco začala uvědomovat – to, co necítila ke mně, cítila k mým dětem a vůbec na sklonku života si asi začala uvědomovat souvislosti vztahu ke mně, ale to je i tím, že mě potřebuje, myslím, že se to v ní probudilo posledních 10, 15 let, nebo jestli to bylo i dřív, co jsou holky na světě.

Jaký myslíte, že byl vzájemný vztah mezi vašimi dětmi a vaší matkou, když byly malé?

Myslím, že měly trochu ostych a respekt, asi podvědomě cítily, že tam není něco normálního, to děti podvědomě vycítí, jako když vidíte němou tvář, ale chodili jsme tam pravidelně každý týden, takže na to byly zvyklý.

Co vám pomohlo se s tím vyrovnat?

Vlastní seberealizace, rodina, práce, vždycky jsem se ze všeho musela dostat sama, spoléhat se sama na sebe, to je můj vnitřní motor.

Které okamžiky svého života považujete za nejdůležitější?

Jednoznačně narození dcer.

Jaké jsou vaše současné vztahy? Mezi matkou a vámi, vašimi dětmi...

Uspokojující, jsme v kontaktu téměř každý den, snažím se jí usnadnit život, jak můžu, bydlí blízko nás, což všechno ulehčuje, každou neděli chodí na návštěvu, normálně se stýkáme, jak můžeme. Holky s ní vycházejí v dobrém.

Rozhovor se Slečnou N

Vzpomínáte na své dětství?

Nevzpomínám, jen když se to pojí s nějakou událostí, nebo se mě někdo na něco zeptá. Krom rozvodu rodičů jsme (spolu se svou sestrou) myslím měly dobré dětství.

Jak často jste trávila čas se svojí babičkou - z matčiny strany?

Poměrně často, bydleli jsme ve stejném bytě. Pak, když jsme se odstěhovali, jezdili jsme tam pravidelně každý víkend na oběd.

Jaké jsou první pocity, které si v této souvislosti vybavujete?

Pocit odlišnosti od ostatních. (blíže se o tom rozpovídává v otázce číslo 4)

Vnímala jste jako malá, že se něco děje (s vaší babičkou), jak jste tomu rozuměla?

Od začátku jsem věděla, že je jiná, než babička od táty. Že má odlišné chování, uvažování. Např. byla a je pořádná na svoje věci, oblečení. Vše pečlivě naskládáno v krabicích, zabalené v igelitu. Na jiné věci až tak nehleděla - třeba, že má úplně špinavý ubrus. Když mně chtěla udělat radost, vytáhla nějakou ze svých schovaných věcí, třeba boty a rozhodla se mi je dát. Pro dítě absolutně nevhodný dárek...

Vždy jsem měla pocit, že ji do určité míry mohu ovládat, rozkazovat.

Měla jste někdy strach - když jste byla s ní? O ni? v souvislosti s ní? - jestli ano, zkuste to nějak rozvést.

Neměla jsem strach. Strach jsem měla pouze tehdy, když jsme se jí nemohli dovolat, nevěděli jsme, kde je.

Bylo něco zvláštního ve vztahu vaší matky s babičkou (její matkou)?

Ano, jako kdyby to bylo obráceně. Nemohla se na ni spolehnout jako jiné matky na svoje matky. Moje máma se spíše starala o ni, než že by babička třeba pomáhala s vnoučaty.

Moje matka vyrůstala v prostředí, kdy ji spíše vychovávala moje prababička. Otec je v dětství opustil a dále se s nimi nestýkal. Její matka ji zrovna mateřskou lásku moc neprojevovala - nebo odlišným způsobem. Asi to neměla jednoduché...

Jak byste hodnotila svou výchovu?

Normální proces. Více mě zasáhly jiné události - jako rozvod rodičů, resp. události před rozvodem.

A co váš osobní život?

Vystudovala jsem vysokou školu. Babiččino onemocnění s tím nemělo nic společného.

Když jste byla starší, zajímala jste se sama o to, co je to za nemoc, která způsobila takové chování?

Tak částečně, po kouskách. Nechtěla jsem se v tom více šourat. Protože to byl a je takový strašák, bála jsem se, aby se to u někoho neobjevilo také.

Myslíte si, že vás nějakým způsobem ovlivnilo to, co se v rodině odehrávalo, konkrétně s babičkou?

Věděla jsem, že babička není jediná v rodině trpící tímto onemocněním. Vždycky tu byla hrozba toho, že se to může projevit i u mě nebo sestry. Když se objevily u mě nějaké zdravotní problémy, bála jsem se... Říkala jsem si, jestli taky nemám nějaké psychiatrické onemocnění, jestli jsem normální.

Jaké jsou současné vztahy ve vaší rodině?

Nadále platí, že babička je závislá do určité míry na naší pomoci. Naštěstí je schopná doposud samostatně bydlet, fungovat.

Které okamžiky svého života považujete za nejdůležitější?

Zlomovým okamžikem, je každá změna prostředí. Tzn. nástup do škol (základka, gymnázium, vysoká). Úmrtí blízkých. Rozchody. Určitě těžké a převratné bylo období rozvodu. Nevycházela jsem s otcem, dokonce jsem ho za jeho chování nesnášela. Rok jsem se s ním nebavila. Pak, s odstupem času, se vztahy urovnaly. Dalším zlomem byly zdravotní problémy chronického rázu, ukončení školy a nástup do práce.

Chtěla byste něco změnit? Co by to bylo v případě, že ano?

Možná někdy svoje chování v partnerských vztazích.